

Universidade de Lisboa

Faculdade de Farmácia



Desenvolvimento de indicadores de comunicação em Cuidados Farmacêuticos

**Estudo piloto da sua aplicabilidade em farmácias comunitárias
europeias**



Paula Alexandra Gomes Barão de Sousa Ferreira

MESTRADO EM CUIDADOS FARMACÊUTICOS

2013

**Universidade de Lisboa
Faculdade de Farmácia**



Desenvolvimento de indicadores de comunicação em Cuidados Farmacêuticos

**Estudo piloto da sua aplicabilidade em farmácias comunitárias
europeias**



Paula Alexandra Gomes Barão de Sousa Ferreira

**Dissertação de Mestrado em Cuidados Farmacêuticos apresentada à
Universidade de Lisboa através da Faculdade de Farmácia**

Orientador: Doutor Afonso Miguel Neves Cavaco, Professor Associado

Lisboa

2013

Resumo

Introdução: A comunicação tem sido entendida como veículo para a criação de uma relação de confiança com o profissional de saúde, estando assim associada de forma estreita com a qualidade dos cuidados em saúde. Uma melhoria das competências de comunicação concorre para um aumento da satisfação do doente e *outcomes* clínicos positivos. O desenvolvimento de indicadores de qualidade em cuidados farmacêuticos (CF), poderá dar um contributo para a promoção da excelência na prática farmacêutica e valorização da profissão, influenciando decisores políticos para o reconhecimento do seu importante enquadramento nos cuidados de saúde.

Objetivo: Construção de indicadores de processo da qualidade da comunicação em CF, a sua operacionalização através de estudo piloto de aplicabilidade no âmbito das distintas realidades da farmácia comunitária europeia e assim, disponibilizar uma ferramenta acessível para autoavaliação da qualidade geral desta competência na prática profissional em farmácia.

Métodos: Os indicadores focaram os eventos de comunicação ocorridos entre o farmacêutico e o doente, mediante uma 1ª prescrição e face a um pedido de aconselhamento não associado a prescrição médica. Um terceiro indicador avaliou a comunicação interdisciplinar entre o farmacêutico e o clínico. Numa 1ª fase foram desenvolvidos, com base em revisão bibliográfica, 3 indicadores e respetivo manual, que foram submetidos a uma validação de rosto e conteúdo por parte dos 12 países do Conselho da Europa que aceitaram o convite. Posteriormente realizou-se um estudo de campo de carácter observacional, descritivo e transversal que visou testar a sua aplicabilidade, conduzindo à afinação dos indicadores e ainda a uma caracterização de natureza simples, da realidade da comunicação, no contexto dos CF. Numa 2ª fase realizou-se um *focus group* de peritos portugueses em CF, com intuito de recolher opiniões sobre os Indicadores idealizados.

Resultados: O desenho dos indicadores sofreu afinações de diferentes tipologias resultantes de ambas as fases do estudo no sentido de melhorar a sua aplicabilidade à realidade da farmácia comunitária e aos diferentes cenários europeus. Os indicadores da qualidade da comunicação em CF passam a monitorizar os profissionais da farmácia na generalidade e os seus focos de atenção são a comunicação (frequência, tempo, forma, tipo, conteúdo) com o doente ou cuidador nos múltiplos contextos possíveis (1ª prescrição, *refill*, consulta, dispensa sem prescrição, pedido de aconselhamento, deteção de problemas relacionados com a medicação-PRMs e monitorização de parâmetros) e durante a interação com outros profissionais mediante PRMs identificados. A implementação dos CF na Europa é ainda limitada e pouco uniformizada e a comunicação com o doente insuficiente, pouco aprofundada e centrada no doente. O aconselhamento é mais frequente na forma oral e na 1ª prescrição. A interação com o médico está pouco sistematizada.

Conclusões: A débil comunicação nos CF pode constituir um fundamento plausível para a limitada implementação destes serviços. Esta competência carece treino e estruturação. Os indicadores no seu desenho final poderão ser uma das ferramentas a utilizar para aferir a qualidade da comunicação em CF e futuramente novos trabalhos se justificam desenvolver para criar maior evidência sobre a comunicação nestes serviços e sobre a utilidade destas ferramentas.

Palavras-chave: Cuidados Farmacêuticos, Comunicação, Farmacêutico, Doente, Médico, Indicadores de qualidade.

Abstract

Introduction: The communication has been understood as a trustful relationship creator between patients and healthcare professionals, thus closely associated with healthcare provision quality. The improvement of communication skills contributes to an increased patient satisfaction and positive clinical outcomes. Developing quality indicators in pharmaceutical care (PhC) can make a vital contribution to the promotion of pharmacy practice excellence therefore enhancing the pharmaceutical profession role and influencing policy makers for pharmacists' framework importance and healthcare recognition.

Objective: To construct process indicators for communication quality in PhC, its operationalization through an applicability pilot study in the context of the different community pharmacy realities in Europe, and to provide a handy tool for this competence self-assessment.

Methods: The indicators focused on communication events that occur between pharmacists and patients, in a 1st prescription or when no prescription advice request scenarios existed. A third indicator evaluated interdisciplinary communication between the pharmacist and clinician. In Phase 1, 3 indicators and their manual were developed based on literature review, which underwent a face and content validation by the 12 Council of Europe countries that accepted the invitation to participate in the study. Subsequently, it was carried out an observational, descriptive and transversal field study, aimed to test its applicability that led to further indicators refinement and to a brief characterization of the PhC communication reality. In Phase 2, we held a focus group with Portuguese PhC experts, in order to gather opinions on the idealized Indicators.

Results: The indicators design underwent different types of adjustments, as a result of both study phases, in order to enhance their applicability to the community pharmacies setting in different European practice scenarios. The communication quality indicators in PhC were able to monitor pharmacy professionals in general, while suggestions were made in relation to the patient/caregiver communication focus (e.g. frequency, time, shape, type, content) as well as the multiple possible contexts (e.g. 1st prescription refill, pharmaceutical appointment, dismissal without prescription, order counseling, DRP detection, parameter monitoring) and through interaction with other professionals (e.g. DRPs). The PhC implementation in Europe is still limited and poorly standardized and the patient communication is insufficient, superficial and somewhat not patient-centered. Pharmacy counselling is more frequent in the 1st prescription and in the oral form. The doctors' interaction is not systematic.

Conclusions: The weak communication in PhC may be a plausible rationale for the limited implementation of these services. This competency requires more training and structure. Indicators in its final design may be one of the tools used to measure the quality of communication in PhC and in the future more studies should be developed to create more evidence on these services communication and on these tools usefulness.

Keywords: Pharmaceutical care, Communication, Pharmacist, Patient, Physician, Quality indicators

Parte do trabalho aqui explanado foi previamente apresentado em comunicação oral no âmbito do *Expert workshop “Indicators of the quality of pharmaceutical care: Development approaches & preliminary results”* a 10 de Dezembro de 2010 em Estrasburgo, sob a responsabilidade do *European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM)* e no formato de *poster* no **71st FIP World Congress**, Hyderabad em 2011.

Agradecimentos

Um agradecimento particular ao Prof. Doutor Afonso Cavaco pela sua disponível, cuidada e inspiradora orientação

Agradeço aos coordenadores e observadores do estudo nos 12 países europeus que connosco colaboraram permitindo a internacionalização deste projeto.

Agradeço às equipas das farmácias em Portugal que aceitaram participar no estudo e que tão amavelmente me acolheram.

Agradeço ao grupo de peritos portugueses em cuidados Farmacêuticos que, de forma muito generosa, acederam a integrar o *focus group* realizado e assim, partilhar os seus conhecimentos e experiências.

Agradeço aos Prof^{as} Doutora Maria Augusta Soares e Prof. Doutor. José Cabrita pela confiança e ânimo.

Agradeço aos colegas, Sílvia Lopes, Zilda Mendes, Ana Tereza Neres, Carla Torre, Teresa Salgado, João Romano, Marta Repolho, João Pedro Soares, Carla Pires, e todos os demais pelo apoio incondicional em diferentes matérias.

Finalmente, agradeço à minha Família Alargada, a da Terra e a do Céu, cujo suporte e inspiração foram fundamentais para viabilizar, nesta fase particular da minha vida, o meu envolvimento e dedicação a este estudo.

Um agradecimento muito especial aos homens da minha vida, Pai, Zé, Manuel, António e Vasco.

Muito Obrigado.

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós
Deixam um pouco de si. Levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944)

*“Não devemos permitir que alguém saia da nossa presença sem se sentir melhor e mais
feliz.”*

“Não esperes por líderes, fá-lo sozinho, pessoa a pessoa.”

Madre Teresa de Calcutá

“No final das nossas vidas, não seremos julgados pelo número de diplomas que recebemos, a quantidade de dinheiro que fizemos ou por quantas grandes coisas executamos. Seremos julgados por, “Eu tive fome e tu deste-me de comer. Eu estava nu e tu vestiste-me. Eu não tinha casa e tu recebeste-me.””

Madre Teresa de Calcutá

Enquanto pessoa mas também na qualidade de farmacêutica comunitária estes têm sido princípios orientadores na minha vida e, fundamentam hoje, o meu envolvimento neste projeto, na ambição de poder contribuir para um farmacêutico mais comprometido com o serviço ao outro.

Abreviaturas

CF. Cuidados Farmacêuticos

CoE. Conselho da Europa

DRPs. *Drug Related Problems*

EDQM. *European Directorate for the Quality of Medicines and Health Services*

FG. *Focus Group*

OTC. *Over the counter* (medicamentos não sujeitos a receita médica)

PhC. *Pharmaceutical Care*

PRMs. Problemas Relacionados com a Medicação

PS. Profissional de Saúde

PWI. *Personal Written Information*

Índice:

1	Introdução	1
1.1	O papel do Farmacêutico	1
1.2	Os Cuidados Farmacêuticos (CF)	7
1.3	O panorama dos Cuidados Farmacêuticos no Mundo	11
1.4	A comunicação nos Cuidados Farmacêuticos	17
1.5	Indicadores de qualidade em Cuidados Farmacêuticos	24
2	Questões de investigação	28
3	Objetivos	29
3.1	Objetivo Geral	29
3.2	Objetivos específicos	29
4	Materiais e métodos	30
4.1	1ª Fase. Estudo piloto	32
4.1.1	Desenho do estudo	33
4.1.2	População de referência	38
4.1.3	Dimensão da amostra	39
4.1.4	Seleção dos participantes	40
4.1.5	Recolha de dados	41
4.1.6	Validação dos questionários	41
4.1.7	Tratamento dos dados	42
4.1.8	Limitações do estudo	44
4.2	2ª Fase. Focus Group	46
4.2.1	Desenho do estudo	46
4.2.2	População de referência	50
4.2.3	Dimensão da amostra	50
4.2.4	Seleção dos participantes	51
4.2.5	Recolha de dados	51
4.2.6	Tratamento dos dados	54
4.2.7	Limitações do estudo	61
5	Resultados	62
5.1	1ª Fase. Estudo piloto	62
5.1.1	Caracterização dos países colaboradores	64
5.1.2	Caracterização das farmácias comunitárias recrutadas para o estudo	71
5.1.3	Caracterização dos profissionais de farmácia monitorizados	78
5.1.4	Comentários e ajustes ao desenho dos indicadores de Comunicação	79
5.1.4.1	Feedback inicial dos países colaboradores	79
5.1.5	Caracterização dos eventos de comunicação observados	91
5.1.5.1	<i>Professional-patient episodes registration (CO)</i>	92
5.2	2ª Fase. Focus Group	108
6	Discussão Final	138
7	Conclusões	147
	Bibliografia	x
	Anexos	xix
A1.	Manual de aplicação dos indicadores de qualidade da comunicação em CF (<i>Research Manual</i>)	xx

A2.	Carta Convite às farmácias comunitárias para participação no estudo (<i>Invitation letter</i>).....	xxxv
A3.	<i>General portrait of Pharmaceutical Care</i>	xxxvi
A4.	<i>Field researcher questionnaire</i>	xxxvii
A5.	<i>Participating pharmacists' questionnaire</i>	xxxix
A6.	<i>Initial counseling indicator (C1)</i>	xl
A7.	<i>Patient written information indicator (C2)</i>	xli
A8.	<i>Pharm-prescriber communication indicator (C3)</i>	xlii
A9.	<i>Professional-patient episodes registration (C0)</i>	xliv
A10.	Tabela de operacionalização de variáveis	xliv
A11.	Guião para a realização do <i>focus group</i>	lii

Índice de Figuras:

Figura 1.1	Mudança de foco do Farmacêutico.....	2
Figura 1.2	Atividades do farmacêutico comunitário na gestão da terapêutica (7).....	4
Figura 1.3	Etapas do processo de Cuidados Farmacêuticos (30)	8
Figura 1.4	Lista das barreiras à implementação de serviços cognitivos em farmácias comunitárias espanholas (39).	17
Figura 4.1	Fluxograma etapas do estudo	31
Figura 4.2	Desenho da 1ª fase do estudo.....	33
Figura 4.3	Fluxograma fluxo de informação do estudo.....	38
Figura 4.4	Inferência das atitudes pelos comportamentos.....	57
Figura 4.5	Esquema que pretende ilustrar a tridimensionalidade da atitude segundo Hosenberg and Hovland	58
Figura 4.6	Modelo dos 3 componentes da atitude (112).	59
Figura 5.1	Esquema do âmbito da informação recolhida pelos formulários – Geral para particular	62
Figura 5.2	Representação gráfica do número total de farmácias por país participante.....	69
Figura 5.3	Representação gráfica do número de habitantes por farmácias por país participante.	69
Figura 5.4	Representação gráfica do número médio de farmacêuticos por farmácia por país participante.....	70
Figura 5.5	Representação gráfica do número médio de técnicos por farmácia por país participante.	70
Figura 5.6	Representação gráfica da frequência dos países que apresentam os tipos de serviços descritos.....	71
Figura 5.7	Representação gráfica da frequência de farmácias participantes segundo a sua localização.....	72
Figura 5.8	Representação gráfica da frequência do número de farmacêuticos por farmácia participante.	73
Figura 5.9	Representação gráfica da frequência de farmácias que apresentam os tipos de serviços descritos.....	73
Figura 5.10	Representação gráfica da frequência de farmácias que apresentam os tipos de equipamentos descritos	74

Figura 5.11 Representação gráfica da frequência de farmácias que apresentam os tipos de meios de comunicação discriminados.....	74
Figura 5.12 Representação gráfica da frequência de farmácias que apresentam uma área privada para consulta.	75
Figura 5.13 Representação gráfica da frequência de farmácias que realizam formação interna ou externa da sua equipa.	76
Figura 5.14 Representação gráfica da frequência de farmácias que afirmam comunicar com outros profissionais de saúde.....	77
Figura 5.15 Representação gráfica da frequência de farmácias que afirmam comunicar com as categorias profissionais discriminadas.....	78
Figura 5.16 Representação gráfica da frequência de profissionais de farmácia segundo o seu género.	78
Figura 5.17 Representação gráfica da frequência de profissionais de farmácia observados segundo a categoria profissional.	79
Figura 5.18 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de aconselhamento nos eventos de 1ª prescrição.	93
Figura 5.19 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de aconselhamento nos eventos de dispensa de OTC.....	94
Figura 5.20 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de aconselhamento nos eventos de <i>refill</i> da terapêutica.....	94
Figura 5.21 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de deteção de eventos de 1ª prescrição.	97
Figura 5.22 Representação gráfica da frequência do aconselhamento em eventos de 1ª prescrição.	98
Figura 5.23 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de aconselhamento em eventos de 1ª prescrição.....	99
Figura 5.24 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de aconselhamento em eventos de 1ª prescrição.....	100
Figura 5.25 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de reação do doente ao aconselhamento em eventos de 1ª prescrição.	101
Figura 5.26 Representação gráfica da frequência de eventos de pedidos de aconselhamento ou dispensa de OTC em que foi cedida informação escrita personalizada.....	102
Figura 5.27 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de informação escrita personalizada dispensada.....	103
Figura 5.28 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de informação escrita personalizada dispensada.....	104
Figura 5.29 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de reacção do doente à dispensa de informação escrita personalizada.....	104
Figura 5.30 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de PRMS detetados nas farmácias.....	105
Figura 5.31 Representação gráfica da frequência de PRMS detetados nas farmácias que foram comunicados ao médico.	106
Figura 5.32 Representação gráfica da frequência de PRMS detetados nas farmácias que foram comunicados ao médico por país participante.	106

Figura 5.33 Representação gráfica da frequência dos diferentes períodos de tempo consumidos até ao reporte ao médico.	107
Figura 5.34 Representação gráfica da frequência das diferentes formas utilizadas para comunicar com o médico.	107
Figura 5.35 Esquema ilustrativo do FG.....	131

Índice de Tabelas:

Tabela 1.1 Definições relacionadas com serviços farmacêuticos e cuidados farmacêuticos (32).....	9
Tabela 1.2 Tabela das principais conclusões do estudo <i>“Pharmaceutical Care, where do we stand – where should we go?”</i>	12
Tabela 4.1 Descritivo dos indicadores.....	35
Tabela 4.2 Documentação associada ao estudo	36
Tabela 4.3 Países participantes no estudo segundo etapas.....	38
Tabela 4.4 Tabela de farmácias participantes no estudo por país europeu colaborador	39
Tabela 4.5 Constituição do <i>Focus Group</i>	51
Tabela 4.6 Caracterização do grupo focal	53
Tabela 5.1 Tabela Panorama Albânia	65
Tabela 5.2 Tabela Panorama Geórgia.....	65
Tabela 5.3 Tabela Panorama Espanha.....	66
Tabela 5.4 Tabela Panorama Macedónia	66
Tabela 5.5 Tabela Panorama Polónia	67
Tabela 5.6 Tabela Panorama Letónia	67
Tabela 5.7 Tabela Panorama Portugal.....	68
Tabela 5.8 Tabela das farmácias participantes no estudo segundo a sua localização e por país	71
Tabela 5.9 Tabela do número de farmácias participantes que realizam formação sobre comunicação e por país.....	76
Tabela 5.10 Tabela <i>feedback</i> países colaboradores.....	80
Tabela 5.11 Tabela Súmula das afinações	86
Tabela 5.12 Tabela Barreiras e/ou limitações aos indicadores.....	87
Tabela 5.13 Tabela Barreiras/limitações/sugestões/comentários aos indicadores	90
Tabela 5.14 Tabela de distribuição dos eventos de comunicação de acordo com a sua natureza.....	92
Tabela 5.15 Tabela de distribuição dos eventos de comunicação de acordo com a sua natureza e forma de aconselhamento prestado.....	96
Tabela 5.16 Tabela de chi-quadrado dispensa de aconselhamento na 1ª prescrição/categoria profissional.....	99
Tabela 5.17 Tabela de chi-quadrado dispensa de informação escrita personalizada/categoria profissional	102
Tabela 5.18 Árvore de Códigos.....	108
Tabela 5.19 Contribuição das dimensões por temas – Nº de citações	133
Tabela 5.20 Contribuição das dimensões por temas – Área circunferência.....	134

Tabela 5.21 Resumo ideias geradas pelo <i>FG</i> sobre desenho dos indicadores.....	137
Tabela 6.1 <i>Draft</i> Novos Indicadores.	146

1 Introdução

O presente trabalho pretende destacar o interesse e relevância da existência e aplicação de indicadores de qualidade, particularmente na área da comunicação que se estabelece no âmbito dos Cuidados farmacêuticos. Assim, no sentido de contextualizarmos esta temática considerou-se fazer todo o sentido, uma “incursão” através da evolução e alteração de paradigma no papel do farmacêutico, da introdução e implementação dos CF, da importância e impacto da comunicação nos cuidados prestados pelo farmacêutico e da utilização e mais-valia de indicadores da qualidade.

1.1 O papel do Farmacêutico

O universo do farmacêutico enquanto profissional de saúde tem, ao longo dos tempos, sofrido uma translação progressiva de *scope* (esfera de atenção). Nos primórdios, este profissional era denominado “Farmacêutico recolector e preparador” uma vez que, a sua atividade incidia essencialmente sobre a recolha de matérias-primas a partir da natureza e sua posterior utilização na conceção de “preparações galénicas”, segundo conhecimentos e experiência adquiridos e transmitidos ao longo de séculos (1, 2).

Mais tarde, no início do século XX, com o surgimento e desenvolvimento da indústria e em particular da farmacêutica, a atividade produtiva deste profissional esvaziou-se e o seu papel ficou reduzido à vertente da distribuição ou dispensa do medicamento (1-3).

Os avanços científicos, a complexidade cada vez maior das terapêuticas e os sinais de insegurança associados à utilização dos medicamentos começaram a justificar um envolvimento mais profundo e exigente do farmacêutico (4).

De facto, são diversos os registos históricos sobre problemas de segurança associados à utilização de substâncias medicamentosas, destacando-se na década de 60 a ocorrência do marcante episódio da Talidomida, em que se registaram cerca de 10000 casos de focomelia em consequência da sua utilização em mulheres grávidas. Estes acontecimentos condicionaram uma progressiva mudança do paradigma do medicamento seguro, essencialmente associado a propriedades benéficas, para uma nova faceta em que a terapêutica revela riscos para além de benefícios e que se traduzem nos eventuais efeitos secundários e interações, mais ou menos graves, que pode implicar (5).

Neste contexto, em que se revelou incontornável a necessidade de se minimizar o impacto dos riscos da terapêutica, a intervenção de um profissional especializado no medicamento e nos problemas emergentes do seu uso, capaz de contribuir para a sua segura e efetiva utilização, começou a fazer todo o sentido, sendo hoje considerado essencial, no contexto dos cuidados de saúde (1, 6).

Foi durante esta mesma altura que foi possível testemunhar o início de uma transição do foco da atenção do farmacêutico, do medicamento para o doente, conduzindo ao aparecimento de um conceito inovador, o “farmacêutico cuidador” (3, 7). Assistíamos aos primeiros sinais daquilo que viriam a constituir os conceitos e práticas de “farmácia clínica” e mais tarde de “cuidados farmacêuticos”, manifestações claras de serviços tendencialmente mais centrados no doente (1, 2).

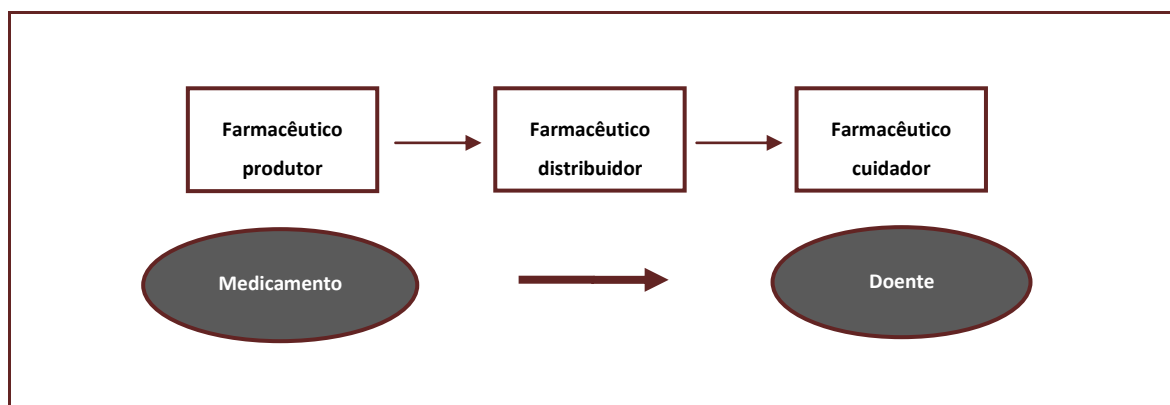


Figura 1.1 Mudança de foco do Farmacêutico.

O farmacêutico comunitário tem sido largamente reconhecido na literatura como o profissional de saúde mais acessível, apresentando desta forma uma enorme oportu-

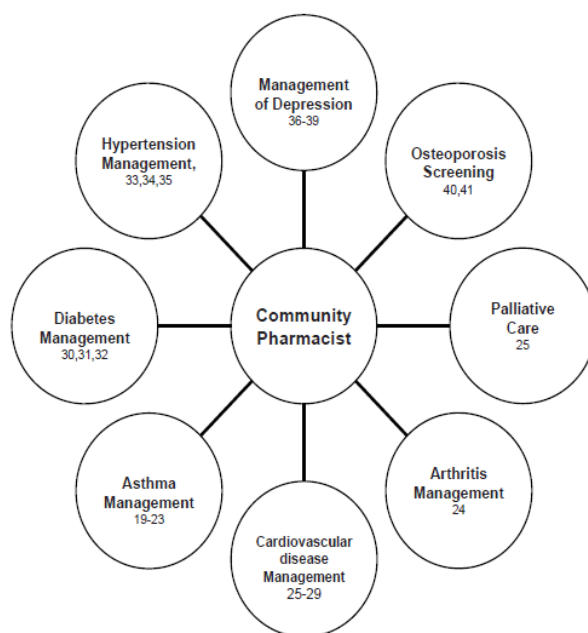
nidade de intervenção, sendo em alguns casos o primeiro e único contato por parte dos doentes com o sistema de saúde e, em situações de prescrição, o último contato imediatamente antes da introdução da terapêutica (7-9)

A farmácia de oficina e o farmacêutico comunitário são deste modo reconhecidos como importantes fontes de aconselhamento ao doente nos cuidados primários de saúde pela sua acessibilidade, bom relacionamento com os doentes e expertise (10).

Esta acessibilidade é igualmente demonstrada no estudo de Antonio Martin Morales *et al* (2013) que refere ser o farmacêutico o profissional mais abordado sobre o tema da disfunção erétil, em detrimento do médico ou enfermeiro, destacando a importância desta interface na deteção, educação e referenciação ao médico dos doentes (11).

Vários autores têm igualmente destacado o papel do farmacêutico no suporte e promoção do uso racional do medicamento, descrevendo a forma positiva como, através de metodologias de revisão terapêutica, deteção e prevenção de problemas relacionados com a medicação (PRMs), gestão e prevenção da doença, entre outras, a intervenção do farmacêutico pode afetar os *outcomes* clínicos em saúde como a morbilidade e as reações adversas aos medicamentos (12).

Através do estudo de George Pradeep *et al* (2010), do qual destacamos a figura apresentada infra, podemos ter acesso às diferentes valências em que o farmacêutico tem participado, existindo clara evidência na literatura da efetividade da intervenção farmacêutica no contexto da gestão de condições crónicas como a diabetes (13, 14), a hipertensão (15, 16), dislipidemias (17, 18), na profilaxia da osteoporose (19), do excesso de peso e na imunização contra a gripe (7, 20).



The numbers in figure are the corresponding references.

Figura 1.2 Atividades do farmacêutico comunitário na gestão da terapêutica (7).

Valérie Santschi *et al* (2011) através da revisão sistemática e meta-análise realizadas a ensaios clínicos aleatorizados sobre o impacto dos cuidados do farmacêutico, isoladamente ou integrado em equipa de saúde, na redução dos fatores de risco cardiovascular da população, demonstram que a intervenção deste profissional está associada a reduções significativas da pressão arterial, do colesterol total e LDL, bem como, do consumo de tabaco (21).

Segundo o trabalho de Stephanie Young *et al* (2012), o farmacêutico comunitário assume um papel fundamental no cuidado aos doentes através da identificação e resolução de problemas relacionados com a prescrição. Esta intervenção acontece mais frequentemente em 1^{as} prescrições e traduz-se essencialmente na deteção de não conformidades técnicas e administrativas, que conduzem a alterações da prescrição como resultado do contato com o clínico (4).

Contudo, apesar dos diversos estudos que pretendem apresentar evidência da utilidade da intervenção do farmacêutico, persiste a perceção de que este profissional apesar de tecnicamente muito bem preparado continua subaproveitado, pelo que, vários países como a Austrália têm assumido um papel preponderante na expansão da interven-

ção do farmacêutico, nomeadamente através da tentativa da sua inclusão nos centros de cuidados primários (22).

Esta subutilização das competências do farmacêutico é mencionada por Doaa Al Khali-di *et al* (2013) como uma das causas para a fraca satisfação destes profissionais com o seu trabalho, a par com a falta de maior envolvimento em cuidados ao doente e de uma melhor interação com o médico (23)

Contudo, apesar da existência de alguma evidência sobre a contribuição dos serviços farmacêuticos, como descrito anteriormente, outros estudos tendem a revelar-nos que este não é o panorama geral, mas sim, a descrição de experiências pontuais e particulares.

Deste modo, alguns estudos apontam para a persistência de uma perceção do farmacêutico ainda como perito do medicamento e não como um especialista em saúde e no doente, o que igualmente pode explicar a subutilização dos serviços disponibilizados pelas farmácias comunitárias (10).

Foram igualmente conclusões deste estudo qualitativo realizado no Reino Unido por Saramunee *et al* (2012), através da metodologia de *focus group* e de entrevistas individuais ao público em geral, a farmacêuticos comunitários, a clínicos gerais e a outros intervenientes, que os principais obstáculos a uma maior utilização dos serviços farmacêuticos prendem-se com a falta de privacidade e confidencialidade de algumas farmácias, a falta de competência por parte da equipa da farmácia e uma falta de conhecimento do âmbito das competências do farmacêutico. É igualmente referido o excessivo tempo ainda dedicado à dispensa simples. A necessidade de uma rede de colaboração com outras entidades de saúde da região é ainda apontada como essencial para o reconhecimento da mais-valia do farmacêutico (10).

A satisfação dos utentes da farmácia comunitária relativamente aos serviços prestados é muito elevada mas está associada a desconhecimento e baixa expectativa sobre as concretas competências do farmacêutico, como nos apresentam Afonso Cavaco *et al* (2005) (24).

Abordam igualmente este aspeto, Miguel Angel Gastelurrutia *et al* (2006), num estudo baseado num questionário aplicado a utentes de uma farmácia espanhola não apetrechada com serviços cognitivos avançados e que revelou que o nível de satisfação com a farmácia, apesar da limitação, era muito elevado. Os utentes apreciavam essencialmente os factos da farmácia ter a medicação disponível e o farmacêutico estar acessível para dar resposta às suas questões. Constitui reflexão deste estudo que os utentes não poderiam mostrar insatisfação por não terem disponível um nível de serviços que não fazia parte das suas expectativas para ser prestado pela farmácia. O utente não está consciente do que o farmacêutico comunitário poderá fazer ele para além da dispensa de medicamentos. Contudo, esta conclusão não deverá, segundo os autores, desmotivar as farmácias para o alargamento e aprofundamento dos serviços que pode prestar ainda que a necessidade destes não seja para já percecionada pelos utentes (25).

A expansão do papel do farmacêutico e em particular da farmácia comunitária constitui desejo de académicos, organizações profissionais e de governos face ao atual cenário de crescimento da preocupação com a segurança e uso racional da terapêutica, de aumento da população idosa com todas as suas implicações em saúde e de constricções económicas nesta área (26).

Contudo, numa época em que cresce a política baseada na evidência, segundo os autores Elias Mossialos *et al* (2013) parece existir ainda informação confusa, pouco conclusiva e com limitações metodológicas que não argumentam a favor deste apoio político para a integração dos serviços da farmácia comunitária nos cuidados em saúde (27).

Contudo, apesar do farmacêutico ter operado um conjunto de avanços no papel que pode desempenhar, adotando atualmente uma abordagem cada vez mais centrada no doente, são ainda diagnosticados sintomas, por parte deste profissional, de falta de confiança nas suas intervenções e decisões clínicas, bem como, uma limitada responsabilidade pelos seus doentes, assim nos apresentam Grace Frankel *et al* (2013) nos resultados do seu estudo a farmacêuticos no Canadá (28).

O *empowerment* do papel do farmacêutico é fundamental para a subsistência da profissão e uma abordagem holística será o processo mais adequado para se alcançar este objetivo, articulando a formação pré e pós graduada com as solicitações da sociedade, as necessidades dos doentes, as exigências do mercado e as alterações de paradigmas (29).

1.2 Os Cuidados Farmacêuticos (CF)

No ano de 1990, Hepler and Strand apresentaram um novo conceito – *Pharmaceutical Care* (Cuidados Farmacêuticos - CF), que apesar de ainda hoje não ser consensual nem necessariamente utilizado de forma ampla no exercício profissional, constitui uma ferramenta valiosa de orientação para a prestação de cuidados de saúde avançados (2).

De acordo com a visão destes autores, os CF consistem na dispensa responsável da terapêutica farmacológica, com o objetivo de alcançar *outcomes* definitivos, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do doente. Os *outcomes* mencionados seriam a cura da doença, a eliminação ou redução da sintomatologia, o travar ou desacelerar a progressão da patologia e finalmente a prevenção da doença ou da sintomatologia (2).

Trata-se assim de um processo que pretende prevenir, identificar e resolver problemas relacionados com a medicação (PRMs), de forma colaborativa, exigindo um envolvimento interdisciplinar no cenário dos cuidados de saúde. Tratando-se de um serviço que se pretende centrado no doente, obriga a um comprometimento, responsabilização e participação ativa, não somente do prestador dos cuidados mas igualmente do próprio alvo dos referidos cuidados, o doente (2).

Segundo Linda Strand *et al* (1991) o processo dos CF poder-se-ia sintetizar no conjunto de etapas apresentado na figura abaixo (30).

The pharmaceutical care process: An overview	
Step 1	Establish relationship with the patient: Contact and commitment to the patient
Step 2	Collect, synthesize, and interpret the relevant information: Patient, drug, and disease data—interpret as pharmacists
Step 3	List and rank the patient's DRPs: Define and prioritize
Step 4	Establish a desired pharmacotherapeutic outcome for each DRP: Quantitative and measurable
Step 5	Determine feasible pharmacotherapeutic alternatives: Desired outcomes
Step 6	Choose the best pharmacotherapeutic solutions and individualize the regimen
Step 7	Design a therapeutic drug monitoring plan: Monitor therapeutic outcome and adverse effect
Step 8	Implement the individualized regimen and monitoring plan: Documentation
Step 9	Follow-up to measure success: Patient's basis and long-term basis

Figura 1.3 Etapas do processo de Cuidados Farmacêuticos (30)

Apesar da larga discussão que tem envolvido este conceito desde a altura da sua criação, não foi ainda alcançado um verdadeiro consenso e, autores como J. W. Foppe van Mil e Fernando Fernandez-Llimos têm levantado algumas questões pertinentes relativamente à definição de Hepler and Strand e à sua “linkagem” com a missão do farmacêutico (31). Assim, são questionados por estes autores múltiplos aspetos como, a existência de CF estar apenas associada a uma dispensa de medicação, a dispensa ser uma actividade exclusiva do farmacêutico, a promoção da adesão à terapêutica e aumento da literacia dos doentes estarem ou não incluídos nas atividades que permitem alcançar *outcomes* definitivos na saúde do doente, enquadram-se ou não neste conceito os cuidados que melhoram *outcomes* económicos ou simplesmente prolongam a vida do doente sem propriamente melhorar a sua qualidade de vida, os programas educativos como os de cessação tabágica, não relacionados com a terapêutica, podem ou não ser considerados CF e finalmente, os CF são ou não um tipo de serviços de prestação exclusiva do farmacêutico (31).

É óbvia a falta de harmonização existente neste âmbito a qual tem contribuído para o aparecimento de outros conceitos paralelos bem como para a dificuldade de implementação destes serviços.

O trabalho de Joanna Moullin et al (2013) (32) disponibiliza uma extensa listagem de termos e definições relacionados com cuidados farmacêuticos que ilustra este cenário e que resumimos na tabela infra.

Tabela 1.1 Definições relacionadas com serviços farmacêuticos e cuidados farmacêuticos (32).

Definitions related to pharmacy services and pharmaceutical care(32)
Pharmaceutical care: “The care that a given patient requires and receives which assures safe and rational drug usage.”(33)
<i>“Pharmaceutical care includes the determination of the drug needs for a given individual and the provision not only of the drugs required but also of the necessary services (before, during or after treatment) to assure optimally safe and effective therapy. It includes a feedback mechanism as a means of facilitating continuity of care by those who provide it.”(34)</i>
<i>“Pharmaceutical care is the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient’s quality of life.”(2)</i>
<i>“Pharmaceutical care is that component of pharmacy practice which entails the direct interaction of the pharmacist with the patient for the purpose of caring for that patient’s drug-related needs.”</i>
<i>“Pharmaceutical care is a patient-centered practice in which the practitioner assumes responsibility for a patient’s drug-related needs and is held accountable for this commitment.”</i>
Pharmaceutical care services: “The use of specialized knowledge by pharmacists for the patient or healthcare professionals for the purpose of promoting effective and safe drug therapy.”
<i>From a systematic review of literature used of classify services in Australia, pharmacist services were “broadly defined to include any pharmacist activity aimed at promoting the quality use of medicines and improving patient outcomes.”</i>
<i>“The European understanding is that pharmaceutical care basically is ‘the professional care for the individual patient in a pharmacy.’ It can be described as follows: Pharmaceutical care is a practice philosophy for pharmacy.”</i>
Cognitive pharmaceutical services: “Professional services provided by the pharmacist, who use their skills and knowledge to take an active role in contributing to patient health, through effective interaction with both patients and other health professionals.”
<i>“Enhanced pharmacy services refer to those offered in community pharmacies requiring additional or special skills, knowledge and/or facilities and are provided to sub-groups with special needs. While community pharmacies worldwide routinely provide the safe, effective and rational use of medically prescribed, pharmacy- and self-selected medicines to all people, there is a growing diversity of additional services which are being developed and remunerated in developed countries.”</i>
<i>“Pharmacist clinical care services were defined as those that enhanced a patient’s medication therapy or overall health and did not include medication preparation, distribution, or any tasks delegated to a typical Canadian pharmacy technician with basic training.”</i>
<i>In the United Kingdom, ‘pharmacy services’ are divided into three categories, essential, advanced and enhanced. Each particular service within these categories is described individually. The public by the NHS and to the profession in the pharmaceutical services.</i>
Good pharmacy practice: “The practice of pharmacy that responds the needs of the people who use the pharmacist’s services by providing optimal, evidence-based care. To support this practice it is essential that there be an established national framework of quality standards and guidelines.”

Definitions related to pharmacy services and pharmaceutical care(32)

“Pharmaceutical care is a professional patient care practice, which, when provided as an organized service, is experienced, documented, evaluated, and paid for as medication management services.”

“Medication management services are the identifiable events in practice surrounding the professional responsibility of managing a patient’s medications.”

“Professional Services means the provision of services within a pharmacy, which require the specific supervision and active involvement of the pharmacist. Professional pharmacy services may be offered outside of the pharmacy but are outside the scope of this standard.”

No sentido de alcançar um conceito mais abrangente Joanna C. Moullin *et al* (2013) apresentam uma proposta de uma nova definição, “*professional pharmacy service*” que ilustra uma transição da filosofia de cuidados prestados apenas pelo farmacêutico para conjunto de serviços disponibilizados pela farmácia comunitária. Este novo conceito surge na tentativa de melhor descrever o amplo conjunto de atividades possíveis de desenvolver na farmácia comunitária em prol do doente e assim angariar um maior apoio para o seu reconhecimento (32).

“A professional pharmacy service is an action or set of actions undertaken in or organized by a pharmacy, delivered by a pharmacist or other health practitioner, who applies their specialized health knowledge personally or via an intermediary, with a patient/client, population or other health professional, to optimize the process of care, with the aim to improve health outcomes and the value of healthcare.”

Apesar desta turbulência conceptual diversos estudos têm apresentado evidência de melhoria dos *outcomes* na saúde dos doentes resultantes da aplicação dos CF. Deste modo, tornam-se evidentes as vantagens que os sistemas de saúde teriam em integrar e articular os cuidados farmacêuticos com as outras valências de serviços a disponibilizar aos doentes e desta forma assegurar qualidade e segurança na utilização dos medicamentos (26, 35).

Em 2004 o trabalho de Linda Strand *et al* refere impacto clínico e económico da prestação de serviços de cuidados farmacêuticos através da prevenção, deteção e correção de PRMs (36).

Os autores Lee JK *et al* (2013) através do seu trabalho de revisão sistemática e meta-análise a estudos referentes à intervenção do farmacêutico no cuidado com a população idosa concluíram que esta intervenção manifesta efeitos favoráveis nos *outcomes*

terapêuticos, de segurança, de adesão e de hospitalização na faixa etária mais avançada. Reforçando mais uma vez a mais-valia de integrar o farmacêutico na equipa de cuidados de saúde, neste caso, ao doente idoso (37).

Pauline Siew Mei Lai *et al* (2013) apresentam, através do seu estudo, evidência do impacto positivo dos Cuidados Farmacêuticos em mulheres pós menopausicas portadoras de osteoporose, através do aumento do seu conhecimento, melhoria das suas qualidade de vida e satisfação. Os autores sugerem a realização de estudos farmacoeconómicos que determinem o custo- benefício associado à prestação de Cuidados Farmacêuticos, no intuito de influenciar alterações políticas (38).

Apesar das evidências existentes e da expectativa criada relativamente aos CF a sua implementação está ainda reservada a uma minoria (39).

1.3 O panorama dos Cuidados Farmacêuticos no Mundo

O panorama dos CF no mundo não é muito animador. A sua implementação, apesar das expectativas, é ainda muito limitada e apenas assume uma expressão um pouco mais revelante em países como a Holanda, Suécia, Dinamarca, Finlândia, Reino Unido, Canadá, EUA e Austrália.

A farmácia comunitária nos países referidos apresenta uma orgânica que permite um acompanhamento e fidelização dos seus doentes e assim regista um verdadeiro reconhecimento, por parte da sociedade, sobre o seu fulcral papel nos cuidados de saúde (40-47).

A realidade no **continente Europeu** foi objeto de estudo no trabalho de Hughes CM *et al* (2010) que nos transmite que o panorama da implementação dos CF na Europa é ainda limitada e que o farmacêutico continua envolvido em diversas atividades mas a sua participação em atividades centradas no doente é ainda pouco frequente (48).

Esta foi igualmente a principal conclusão do estudo *“Pharmaceutical Care, where do we stand – where should we go?”* realizado em 2009 sob o guarda-chuva do Conselho da Europa (CoE) e sob a responsabilidade mais direta do *European Directorate for the Quality of Medicines and Health Services* (EDQM) (49). Este estudo surgiu no contexto

da preocupação do CE sobre a segurança e efetividade da medicação tendo sido o EDQM chamado a intervir com o objetivo de proteger a saúde pública através de práticas centradas nas necessidades dos doentes, desenvolvendo programas de cooperação multiprofissional, partilha de conhecimentos, atitudes e valores na prática e nos cuidados envolvendo os fármacos. A opinião de um conjunto de *stakeholders* (associações de doentes, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, autoridades nacionais de saúde e ainda um grupo de peritos) foi recolhida através de um inquérito cujas principais apreensões se encontram resumidas na tabela infra.

Tabela 1.2 Tabela das principais conclusões do estudo “*Pharmaceutical Care, where do we stand – where should we go?*”

Conclusões “<i>Pharmaceutical Care, where do we stand – where should we go?</i>”
Conceito “ <i>pharmaceutical care</i> ” conhecido essencialmente por farmacêuticos e círculo académico.
Existência de diversos termos e definições distintas para designar os serviços farmacêuticos pela Europa
Consensual a importância dos Cuidados Farmacêuticos e sua influência nos <i>outcomes</i> positivos na saúde dos doentes.
Papel do farmacêutico apreciado pelos doentes mas a gestão da terapêutica essencialmente alocada ao médico.
Implementação limitada dos Cuidados Farmacêuticos na Europa e com diferentes níveis entre os países.
Identificadas como barreiras à implementação: Falta de cooperação entre profissionais de saúde; falta de acesso ao registo dos doentes; educação do farmacêutico; falta de sensibilização dos médicos, enfermeiros, autoridades e outros para este serviço; remuneração, falta de base legal em alguns países, entre outras.
Cooperação interprofissional ocasional e pouco estruturada
Importância do envolvimento do doente nos cuidados, através da decisão partilhada, mas ainda pouco praticado.
Indicadores de qualidade como uma potencial ferramenta para demonstrar o valor acrescentado dos CF, contudo, uma pequena minoria desenvolveu indicadores de qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes com os mesmos.

Foram recomendações formuladas após a conclusão do estudo anterior, a necessidade da procura de um bom entendimento sobre o conceito de “*Pharmaceutical care*” na Europa; a necessidade de maior divulgação e sensibilização para estes serviços; a necessidade de cooperação na partilha de informação sobre os doentes e os medicamentos; a necessidade de desenvolvimento e implementação de boas práticas para os CF;

a necessidade de melhor formação pré e pós graduada; a necessidade de demonstração do valor acrescentado dos CF; a necessidade de uma base legal de apoio aos CF; a necessidade de medir *outcomes* dos CF; a necessidade de criação de indicadores para áreas bem definidas e fundamentais para a boa qualidade dos CF.

Apresentamos infra uma descrição do panorama internacional dos CF através de alguns testemunhos da literatura, que nos evidência a existência de serviços de farmácia e de terapêutica gerais que não correspondem exatamente ao que preconizavam Hepler and strand, em 1990, quando criaram o conceito de *“Pharmaceutical care”*.

Na **Holanda**, os CF estão bem presentes na prática da farmácia comunitária apesar de o nível de CF dispensados não estar ainda uniformizado. A monitorização da terapêutica faz parte da prática diária do farmacêutico e este facto prende-se essencialmente com a implementação da farmácia clínica desde o final dos anos 80 nas competências da farmácia comunitária Holandesa. Uma monitorização da terapêutica automatizada, um aconselhamento muito bem estruturado e a fidelização dos doentes a uma única farmácia são os maiores argumentos para este panorama na Holanda (40).

No **Reino Unido** encontramos sinais de implementação razoável dos CF através da existência de uma contratualização entre o sistema nacional de saúde e as farmácias comunitárias no sentido de estas fornecerem serviços farmacêuticos à população. As farmácias dispõem de programas de monitorização de condições crónicas específicas e existe uma real articulação com outras instituições de saúde e outros profissionais de saúde (7, 44).

Na **Finlândia** desde 1983 que o aconselhamento na terapêutica se tornou legalmente obrigatório e exclusivo das funções do farmacêutico. Desde os anos 90 que as farmácias comunitárias foram integradas em programas nacionais de saúde pública com intervenção em áreas como a asma, a diabetes e a prevenção da doença cardíaca (7, 43).

A implementação dos CF na **Suécia** teve o seu início em 2002/2003 através de um pequeno projeto piloto com 11 farmácias comunitárias. Em 2006 são referidas a falta de tempo, a falta de registos dos doentes e as dificuldades na cooperação com os médicos como as principais barreiras a uma mais efetiva implementação (50)

A **Dinamarca** possui um reduzido nº de farmácias comunitárias mas com uma longa tradição na investigação e desenvolvimento que tem resultado na implementação de vários serviços cognitivos e clínicos bem documentados. No entanto, apenas alguns serviços são reembolsados e implementação é ainda um desafio (42).

Nas **farmácias comunitárias alemãs** encontra-se em ação uma transição de paradigma de uma atividade centrada na dispensa do medicamento para o fornecimento de serviços farmacêuticos cognitivos. Os farmacêuticos contribuem para a saúde pública através da promoção do uso racional e adequado do medicamento. Deste modo, são disponibilizadas informação sobre o medicamento, cuidados farmacêuticos e cuidados de profilaxia. Estão em curso programas de CF em áreas como a asma, a hipertensão, a diabetes e o idoso. Em 2003 foi celebrado um contrato entre as farmácias comunitárias e a maior seguradora de saúde alemã, no qual estava prevista uma adequada remuneração dos farmacêuticos pelos serviços prestados (7, 51).

A **Croácia** segundo Arijana Mestrovic *et al* apresenta um farmacêutico ainda muito dedicado à dispensa de medicamentos e com necessidades de desenvolver as suas competências nomeadamente para prestar serviços como a monitorização da terapêutica assumindo um papel mais amplo (52).

Na República da **Macedónia** o conceito de CF foi recentemente introduzido e os farmacêuticos debatem-se ainda com o desafio de introduzir esta filosofia na sua prática quotidiana, apesar de se considerar existirem um bom corpo de recursos humanos, base legal sólida e serviços de saúde bem estruturados, neste país. Existe desta forma, a necessidade de identificar oportunidades e barreiras à implementação dos CF e assim desenhar uma estratégia que permita a expansão dos serviços farmacêuticos centrados no doente (1).

A **Polónia** regista ainda nesta altura preocupação em que o farmacêutico e a farmácia comunitária se apetreche adequadamente em termos técnicos e de equipamento para dispensar aos utentes informação completa sobre a terapêutica (53).

Países como Espanha, Portugal, Japão e Índia revelam para já uma implementação tímida destes serviços, com pontuais testemunhos desta prática (54-56).

Em **Espanha** os serviços cognitivos não se encontram ainda amplamente implementados segundo Miguel Ángel Gastelurrutia *et al* (2007) e as barreiras á sua implementação são comuns com a maioria dos restantes países (39).

No caso particular de **Portugal** o farmacêutico comunitário surge em alguns cenários promovendo o bem-estar da população através da sua intervenção ativa para a prevenção da doença, para o uso racional do medicamento e para a adoção de estilos de vida saudáveis. Para além do seu papel na dispensa do medicamento o farmacêutico participa em programas de gestão de doença, nomeadamente no que se refere a condições como a asma e a diabetes, apesar de que ainda não de forma muito consistente (7, 57).

Nos **EUA** a implementação dos serviços farmacêuticos está relacionada com a prática de “*Medication Therapy Management*” a partir dos anos 90, sujeita a remuneração, e com uma evolução muito expressiva, tendo transitado da educação aos doentes mediante terapêuticas agudas para serviços de consulta face a condições crónicas(58).

No **Canadá** o farmacêutico pode assumir funções em diferentes contextos, apresentando um campo de ação alargado. Pode deste modo exercer a sua atividade em farmácias diversas, clínicas, supermercados e ainda podendo prestar cuidados adicionais em contexto pós-cirúrgico, em centros de dia ou integrados em equipas de cuidados primários. Ainda assim parece existir uma distância entre o envolvimento ideal e o atual do farmacêutico em serviços avançados (7, 9).

Na **Austrália** o farmacêutico comunitário opera em estreita relação com o clínico geral bem como, com outros profissionais da equipa de cuidados de saúde no sentido de, em conjunto, melhor gerirem as necessidades terapêuticas da comunidade. Assim, o papel do farmacêutico vai muito para além da dispensa passando igualmente pela revisão da medicação e gestão da doença. Estas competências do farmacêutico são igualmente utilizadas no contexto dos centros de dia e domicílio. Os serviços farmacêuticos no âmbito de programas de asma e diabetes estão sujeitos a reembolso (7, 59, 60).

A **Nova Zelândia** apresenta um conjunto estruturado de serviços sob a responsabilidade do farmacêutico comunitário no contexto da revisão da terapêutica, revisão da aderência e revisão clínica e que é alvo de comparticipação pelo governo deste país (61).

O **Brasil** (62) e os países menos desenvolvidos, como os do continente africano (63), debatem-se ainda com limitações elementares como sejam, a escassez de farmacêuticos, a distribuição desigual das farmácias, a falta de formação da equipa, autoridades reguladoras mal estruturadas e medicamentos contrafeitos, que tornam a implementação dos CF quase uma utopia.

No **Sudão** a dispensa eficiente da prescrição é o foco principal dos farmacêuticos comunitários, associada a pontuais atividades de CF como, a verificação de interações, contraindicações e *compliance*. Os farmacêuticos mostram desejo de implementar mais amplamente estes serviços, apontando contudo algumas barreiras à sua efetivação tais como a falta de formação especializada, de remuneração e de apoio dos médicos (64).

Na **Índia** o conceito de CF é ainda pouco conhecido e não faz de todo parte da prática diária dos farmacêuticos comunitários. Estes profissionais possuem um papel muito limitado no contexto dos cuidados de saúde, sendo que a gestão da terapêutica dos doentes está cargo dos médicos e enfermeiros verificando-se uma clara subutilização das competências do farmacêutico (65).

No sentido de se reverter este panorama têm sido identificadas um conjunto de potenciais barreiras e facilitadores à implementação dos CF na prática que nos remetem para uma necessária reflexão (1, 66).

A este propósito apresentamos infra a figura de uma tabela elaborada por Miguel Ángel Gastelurrutia *et al* (2007) que de uma forma muito esquematizada nos resume as principais barreiras que este grupo de trabalho identificou através do seu estudo em farmácias comunitárias espanholas (39). As barreiras encontram-se organizadas em 6 principais categorias e são barreiras relacionadas com o farmacêutico, referentes à farmácia, ligadas à profissão, à administração de saúde, aos médicos e doentes.

TABLE 1	List of Barriers to Implementing Cognitive Services in Spanish Community Pharmacies
Pharmacist	
	Lack of suitable training, not oriented towards attending to the needs of the patients
	Attitude:
	Need for a change of attitude
	Fear of change
	More business than professional activity
	Uncertainty over professional future
Pharmacy	
	Lack of payment for cognitive services on offer
	Absence of clear, and unequivocal messages
	Structure of the pharmacies: too small, basically oriented towards the distribution and sale of products, with no personal care areas, too many administrative tasks, with limited time
Pharmacy profession	
	The current remuneration system of the pharmacy does not make it easy to implement new services
	Lack of clear leadership at professional association level
	Lack of preparation by the University in responding to teaching clinical-healthcare subjects that the profession demands
Health Administration	
	Lack of decisive support by the health authorities
Doctors	
	Poor relationship with doctors, who are unaware of these services and who, due to this ignorance, are afraid that the pharmacist is encroaching in their domain
Patients	
	Lack of demand of the services

Figura 1.4 Lista das barreiras à implementação de serviços cognitivos em farmácias comunitárias espanholas (39).

1.4 A comunicação nos Cuidados Farmacêuticos

A comunicação efetiva desempenha um papel essencial na dispensa de cuidados de saúde (67). Assim, as atividades profissionais neste contexto implicam inequivocamente uma estreita relação com o doente, no sentido de, recolher a melhor informação por parte deste, transmitir procedimentos, monitorizar a progressão de eventos, motivar, fidelizar e moldar comportamentos.

A comunicação torna ainda possível a partilha de conhecimento e a criação de uma consciência sobre sintomas, doenças, estilos de vida, tratamentos e outros aspetos dos cuidados em saúde. Este é um requisito importante para garantir a adesão ao plano de tratamento, contribuindo para reduzir os problemas relacionados com a terapêutica e para aumentar o uso racional de medicamentos (68).

Deste modo, a informação eficaz ao doente tem sido definida como a informação que melhora o conhecimento e a compreensão deste sobre a autogestão do seu tratamento, da sua doença e melhoria dos resultados em saúde (69).

A perceção, pelos doentes, da importância da comunicação tem sido exposta em diversos estudos como constituindo veículo para a criação de uma relação de confiança com o profissional de saúde e, por esse motivo, estando associada de forma estreita com a qualidade dos cuidados em saúde (70).

Consequentemente, a melhoria das competências de comunicação surge associada a aumento da satisfação do doente e a *outcomes* clínicos positivos (71).

A abordagem do tema comunicação em saúde foi iniciada na área clínica, sendo que a grande maioria do conhecimento inicialmente criado incidiu sobre a interação médico-doente. No entanto, as reflexões e conclusões geradas podem e devem ser considerados pela totalidade dos profissionais de saúde que interage com o doente.

Neste sentido, os autores Kurtz *et al* (2003), através dos seus trabalhos na área médica, defendem que não basta comunicar, é necessário fazê-lo de forma efetiva e descrevem esta comunicação como sendo aquela que se baseia em cinco princípios fundamentais: Assegurar uma verdadeira interação entre as partes, em contra - ponto com uma simples entrega de informação; Reduzir todas as incertezas que podem distrair a atenção e interferir com a precisão, a eficiência e a relação; Realizar uma planificação em termos de *outcomes* a atingir; Demonstrar dinamismo, flexibilidade e capacidade de adaptação a diferentes situações; Conduzir a interação segundo um modelo helicoidal para uma compreensão mais completa e em que se utilizam a repetição, re-iteração e sumarização (72).

O mesmo autor, através do guia *Calgary-Cambridge*, sugere igualmente uma estrutura para a consulta médica, visando uma comunicação efetiva, em que preconiza cinco passos ao longo dos quais se constrói a relação entre os dois intervenientes. Estas etapas são o início ou abertura da consulta, a recolha de informação, o exame físico; a explicação/aconselhamento/planificação e o fecho da consulta (72).

Ainda na perspectiva clínica, o autor e médico português José Mendes Nunes faz referência no seu livro “Comunicação em contexto clínico” (2007) à evolução e importância do modelo clínico centrado no doente (MCCD), associando-o a Ian Mcwhinney, médico de família Inglês, que definia na sua obra *Textbook of Family Medicine* (1986) que “estar centrado no doente significa estar aberto aos seus sentimentos, significa estar envolvido com o doente, o que dificilmente se alcança com o velho método biomédico”. Esta metodologia preconiza que o clínico coloca em marcha por um lado a sua tradicional agenda médica, tentando alcançar um diagnóstico através da anamnese, exame físico e exames complementares de diagnóstico e, por outra vertente, tenta conhecer o quadro de representações do doente, de que fazem parte as suas expectativas, sentimentos, receios, dor e impacto na sua vida social e familiar. O autor ainda acrescenta que para bem cumprir esta tarefa o clínico deve estar treinado na utilização de habilidades comunicacionais tais como escuta ativa, empatia e resumos (73).

No âmbito dos cuidados de saúde é ainda imprescindível a sua humanização, que passa obrigatoriamente pela comunicação que se pode estabelecer e em que, muito para além da transmissão de informação técnica, é necessário saber gerir ansiedades e expectativas, ou seja, centrar a comunicação no doente (74).

Esta humanização prevê igualmente um sentido de serviço ao outro, o qual o farmacêutico, a par do enfermeiro e do médico, poderá desenvolver através de ações de voluntariado.

O trabalho realizado por Nafisa Ingar *et al* (2013) refere este importante papel de humanização na saúde através do serviço prestado no Canadá, pelo farmacêutico, no apoio à extensa população de imigrantes e refugiados. O farmacêutico nestes casos é o único profissional a que têm acesso e todo o enquadramento da situação coloca à prova as competências comunicacionais e sentido de serviço deste profissional (75).

A exploração do farmacêutico enquanto comunicador é relativamente recente, sendo que a maioria da literatura gerada reporta aos últimos 10 anos, demonstrando uma preocupação crescente em criar conhecimento nesta área (76).

O papel do farmacêutico como veículo de informação e aconselhamento aos doentes, a outros profissionais de saúde e à comunidade, é reconhecido como uma componente fundamental das suas responsabilidades (67).

Assim, os utilizadores de medicamentos carecem de informação oral e escrita sobre os mesmos e os farmacêuticos enquanto especialistas no medicamento, são uma fonte credível e essencial de informação para os prestadores de cuidados ao doente e para outros profissionais de saúde (77).

Inequivocamente o coração da prática farmacêutica e em particular da farmácia comunitária assenta na interação que se estabelece entre o doente e o farmacêutico (78). Este profissional enquanto último ou mesmo único contacto imediatamente antes da introdução de terapêuticas, possui um posicionamento estratégico de proximidade no envolvimento do doente, pelo que, os momentos de interação devem ser devidamente acautelados em termos de conteúdo e forma de comunicação (79, 80).

O próprio contexto atual na área do medicamento, com terapêuticas cada vez mais complexas, com maior número de medicamentos sem prescrição médica obrigatória, com maior número de doentes sem apoio médico, com restrições económicas a dificultar o acesso à saúde, coloca uma maior responsabilidade no papel que pode desenvolver o farmacêutico junto da população (9).

Assim a comunicação tem vindo a assumir um papel crucial na prática profissional do farmacêutico deixando de constituir uma simples ferramenta de transmissão de informação. Atualmente, a comunicação tornou-se fundamental nas boas práticas de atividades em saúde.

Neste sentido as entidades, *International Pharmaceutical Federation* (FIP) e *World Health Organization* (WHO) manifestam nas suas *Good pharmacy Practices* um enfoque sobre o desenvolvimento das competências comunicacionais do farmacêutico e advogam que este deve “*provide advice to ensure that the patient receives and understands sufficient written and oral information to derive maximum benefit from the treatment.*” (81).

O domínio desta ferramenta pode ainda ser responsável por uma postura de maior confiança e consequentemente, uma prática mais responsável, como referem Llor C. *et al* (2013) no seu estudo em que associam, maiores competências em comunicação do farmacêutico com a ação de rejeitar de forma devidamente fundamentada a dispensa de antibióticos sem prescrição (82).

Ainda sobre esta necessidade de uma verdadeira interação entre os intervenientes na comunicação, a revisão meta-narrativa de Muna Murad *et al* (2013) refere a diferenciação do conteúdo da comunicação em informação biomédica e informação centrada no doente, sendo que na primeira o farmacêutico comunica num só sentido transmitindo informação relacionada com a terapêutica. A comunicação centrada no doente assenta numa transação com 2 sentidos em que o farmacêutico responde às necessidades e questões do doente e partilha com este as decisões terapêuticas (76).

Uma revisão sistemática de Moore P. *et al* (2010) concluiu igualmente que, elevados níveis de aderência estão associados com modelos de comunicação em que estão contempladas as atitudes, crenças e preferências dos doentes, permitindo um processo de negociação com um maior acordo e compreensão (71).

No âmbito de um estudo realizado no ambulatório de neurologia designado por “*Headache study*” pela Universidade de Ontário, ficou demonstrado que o fator mais importante na melhoria da cefaleia crónica não foi um diagnóstico preciso nem a indicação de terapêutica efetiva, mas sim a perceção por parte do doente de que tinha tido a oportunidade de relatar a sua história e discutir em profundidade as suas preocupações e crenças (71).

O aconselhamento farmacêutico e o nível cultural demonstraram, no estudo de Alkatheri *et al* (2013), estar diretamente relacionados com o nível de conhecimentos que os doentes apresentam sobre a sua terapêutica. Constituem conclusões deste e de outros estudos a necessidade de uma adequação do aconselhamento à população com menor grau de literacia (83, 84).

Apesar da existência de uma consciência crescente sobre a importância de um papel mais ativo e centrado no doente por parte do farmacêutico e até de um despertar para

o treino deste profissional em ferramentas de comunicação, a verdade é que alguns estudos apontam-nos para uma baixa utilização na prática desta filosofia.

Constituem testemunhos desta constatação, o estudo realizado por Erika Olsson *et al* (2013), baseado na análise do conteúdo da comunicação na farmácia comunitária sueca e que concluiu que em cerca de metade das interações não ocorreu qualquer comunicação e em 40% a comunicação não abordou aspetos de saúde mas sim económicos e políticos pela constrição financeira que se vive na saúde (68).

Igualmente no Brasil, os autores Mesquita A.R. *et al* (2013) apresentaram como conclusões do seu trabalho de análise da comunicação do farmacêutico-doente mediante a dispensa de medicamentos não sujeitos a prescrição médica, que o aconselhamento é ainda muito insuficiente, e o existente pouco estruturado e aprofundado (85).

O estudo dos autores Wei Wen Chong *et al* (2013), sobre as interações entre farmacêuticos comunitários e clientes mistério, na Austrália, com recurso à metodologia RIAS, revelou que o conteúdo da informação transmitida é ainda maioritariamente centrado na terapêutica. Assim e segundo a adoção do mais recente paradigma de cuidados centrados no doente e de decisões partilhadas, urge a necessidade do farmacêutico rever a sua postura na comunicação e proceder à translação do seu conteúdo de natureza maioritariamente terapêutica (biomédico) para um conteúdo mais humano (focado no doente), procurando um melhor equilíbrio entre o tempo enquanto transmissor e como ouvinte, no intuito de estabelecer uma relação de partilha e compromisso com o seu doente (71, 79).

O trabalho de Mary Tully *et al* (2011) sobre fatores preditores de fraco aconselhamento farmacêutico em farmácias comunitárias suecas revelou que cerca de 1/3 dos doentes não receberam aconselhamento adequado e que determinadas classes terapêuticas, os períodos de maior fluxo na farmácia e a idade superior a 50 anos do profissional de farmácia, foram identificados como fatores explicativos para o fraco ou inexistente aconselhamento (86).

O conhecimento da perspetiva do doente sobre a informação que recebe relativa à sua medicação é pertinente e é-nos apresentada por Kalpana Nair *et al* (2002) num estudo qualitativo realizado no Canadá em que o doente afirma desejar ser informado sobre

os efeitos adversos, o custo, duração e a adequação ao seu caso da terapêutica que lhe é prescrita. Estes mesmos doentes referem o farmacêutico como a fonte mais acessível de informação. O estudo conclui ainda que os médicos e farmacêuticos mostram alguma relutância em transmitir informação mais detalhada por receio de influenciar a *compliance* à terapêutica pelos doentes (87).

Ainda sobre a observação das perceções dos utentes das farmácias comunitárias, neste caso na Dinamarca, os autores Anna Mygind *et al* (2012), referem um interesse variável dos doentes no aconselhamento farmacêutico e uma maior necessidade de receber aconselhamento nas 1^{as} prescrições e dispensa de OTC em detrimento das situações de *refill* (88).

A merecer a nossa reflexão são igualmente as referências existentes sobre a recusa dos doentes relativamente ao convite para dialogar com o farmacêutico. Esta prende-se essencialmente com a perceção, pelo doente, de falta de relevância da conversação, falta de compreensão sobre as questões colocadas e falta de concordância do doente com uma postura controladora do farmacêutico sobre a sua medicação (68, 89).

Finalmente, Susanne Kaae *et al* (2012) demonstram através do seu trabalho que a comunicação entre o farmacêutico e o doente envolve múltiplos aspetos e carece ser melhor entendida para que se torne mais efetiva (89).

A comunicação interprofissional deve igualmente merecer a nossa atenção e reflexão, sendo considerada fundamental numa linha de continuidade de cuidados de saúde centrados no doente (90).

Os cuidados farmacêuticos devem prever esta continuidade de cuidados ao doente, sendo para tal essencial uma cooperação ativa entre os diversos profissionais que interagem com o doente, estando mais uma vez subentendida a relevância das ferramentas de comunicação neste contexto (91).

A comunicação em particular com o médico prescritor é essencial no âmbito dos Cuidados Farmacêuticos, contudo esta apresenta ainda algumas limitações associadas a fatores como, a falta de conhecimento, confiança e aceitação das competências e serviços do farmacêutico, pela generalidade dos outros profissionais de saúde (92, 93).

Existe assim algum receio e resistência “ignorantes” por parte dos médicos como referem Azmi Sarriff *et al* (2012) no seu estudo na Malásia (94).

A revisão sistemática sobre estudos que abordam a colaboração entre o farmacêutico comunitário e o médico encontrou evidência de benefícios neste tipo de intervenção ilustrados por satisfação dos doentes, deteção de PRMs, qualidade de vida e parâmetros clínicos (95, 96).

Podemos concluir que a inclusão da componente comunicacional nos currículos das universidades torna-se essencial uma vez que, comunicar bem não deve ser encarada como uma “vocação” ou “arte”, deverá antes ser ensinada e exercitada (97).

Não existe contudo ainda evidência robusta sobre as melhores metodologias de formação e treino de competências comunicacionais, como nos referem Wallman A. *et al* (2013) na sua revisão de sistemas de ensino de comunicação entre os anos 1995-2010 (67).

1.5 Indicadores de qualidade em Cuidados Farmacêuticos

No intuito de incrementar a implementação e disseminação da prática dos CF, são necessárias formas de avaliar e monitorizar a sua performance. Uma das vias para o realizar poderá ser a criação de indicadores de qualidade nesta área e, desta forma, contribuir para o incremento da confiança e consciência sobre estes serviços ambicionando o desenvolvimento de um sistema de saúde mais efetivo, robusto e justo (98).

A mensuração da qualidade dos serviços prestados pela farmácia assume grande importância no momento em que se debatem conceitos como a gestão da terapêutica, medicina baseada na evidência, valor acrescentado dos cuidados em saúde e pagamento pela performance (98).

Segundo o modelo de Donabedian para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, os indicadores propostos podem estar divididos em 3 domínios distintos, medidas de processo, medidas de estrutura e medidas de *outcome*. O autor define indicadores de qualidade de estrutura como aqueles que se relacionam com os recursos ou estruturas profissionais e organizacionais que permitem a dispensa dos cuidados. Os indica-

dores de processo, por sua vez, referem-se aos procedimentos realizados com e para o doente durante os cuidados. Finalmente, indicadores de *outcome* ou de resultado dizem respeito a estados físicos que resultam do processo de cuidados, incluindo medidas de morbilidade, mortalidade e melhoria de qualidade de vida (99).

Os indicadores de qualidade em saúde surgem na literatura frequentemente associados a *outcomes* clínicos, ou à adequação da prescrição se nos referirmos a indicadores de processo (100).

Particularmente no âmbito dos CF a experiência é maior com os indicadores de *outcome*, em que se pretende mensurar a qualidade dos cuidados prestados através dos resultados atingidos, nomeadamente no controlo de valores de pressão arterial, de valores de glicemia, de valores de colesterol, de valores de peso entre outros índices. Contudo, as limitações a este nível são consideráveis uma vez que o *outcome* não está de todo dependente apenas da intervenção farmacêutica, o que cria enormes dificuldades na avaliação exata destes serviços (101).

Os farmacêuticos comunitários têm vindo igualmente já a aferir a qualidade do seu desempenho através, por exemplo e principalmente, da utilização de taxas de erro na dispensa. Contudo, estes profissionais realizam um amplo universo de serviços para além da dispensa, pelo que a avaliação da sua performance sobre outros aspetos torna-se essencial de forma que o farmacêutico possa continuar a melhorar os *outcomes* em saúde dos doentes e até mesmo a contribuir para a redução das despesas gerais em saúde (98).

Apesar de existir a nível europeu um consenso quanto à necessidade de priorizar o melhoramento da segurança e qualidade da cadeia de utilização do medicamento, não existem uma abordagem e estratégia comuns sobre a ferramenta a utilizar para avaliar e monitorizar estes parâmetros, como por exemplo, indicadores de qualidade comuns em toda a Europa. Apenas uma pequena minoria dos países europeus desenvolveu indicadores para aferir a qualidade dos cuidados ou a satisfação dos doentes perante a prestação de cuidados de saúde (49).

Verifica-se desta forma, uma lacuna substancial em métricas adequadas para os *outcomes* em causa, representando estas medidas indicadores úteis para monitorizar a

saúde pública e melhorar a sua qualidade. Em situações em que não é possível estabelecer uma relação clara entre CF e *outcomes* clínicos, os indicadores de processo mostram-se então mais adequados (49).

O desenvolvimento de indicadores de qualidade em cuidados farmacêuticos, que incluam métricas de comunicação e informação, poderão dar um contributo fundamental para a promoção da excelência na prática farmacêutica. A construção e aplicação destes indicadores deverão ter em consideração as distintas realidades dos serviços farmacêuticos nos diferentes países da Europa, o que justifica um estudo piloto da sua aplicabilidade e viabilidade.

Este estudo surge integrado no projecto *“Development of indicators for the assessment of pharmaceutical care in Europe”* da responsabilidade do CoE através do seu organismo, EDQM (49).

O CoE tem revelado uma preocupação particular com a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde na Europa. Neste âmbito elaborou em 2006 um relatório intitulado *“Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices”* que destaca a importância da abordagem dos cuidados de saúde centrados no doente. Nesta perspetiva surge um foco de atenção sobre a profissão farmacêutica e sobre os cuidados farmacêuticos em particular, no sentido de contribuírem para este propósito de maior segurança e melhor qualidade de vida para o doente.

Mais tarde, foi sentida a necessidade de clarificar o conceito de CF, diagnosticar o seu grau de implementação na Europa e refletir sobre as medidas necessárias para promover a sua difusão e melhoria da sua qualidade. Surge então premência na avaliação da qualidade dos serviços prestados através de indicadores, para então se estabelecerem guias de boas práticas. Foram identificadas áreas de maior relevância e ainda não cobertas pela existência destes instrumentos de medida, tendo sido uma destas a área da interação com o doente e com outros profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito à comunicação estabelecida (102).

A idealização dos indicadores obedece a um conjunto de critérios, ditados pelo CoE e que são, Acessibilidade (sem necessidade de equipamentos/conhecimentos especializados); Comparabilidade entre regiões e países; Boa documentação; Compatibilidade

com diferentes sistemas de saúde; Aplicabilidade a diferentes culturas e línguas, por toda a Europa; Validade para a prática; Medição e melhoramento dos *outcomes* ou dos processos associados a estes; Reconhecimento internacional (102).

2 Questões de investigação

- Quais os principais tópicos na comunicação em CF que poderão vir a receber indicadores de qualidade?
- Serão os indicadores construídos capazes de mensurar aspetos críticos da comunicação estabelecida no âmbito dos CF? Qual a sua aplicabilidade à prática da farmácia comunitária?
- Quais as principais barreiras e adaptações necessárias de modo a viabilizar a sua aplicabilidade na realidade europeia?
- Quais as principais conclusões a retirar dos dados obtidos da aplicação dos indicadores em desenvolvimento?

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Construção e operacionalização de um conjunto de indicadores de qualidade da comunicação em CF aplicáveis à prática da farmácia comunitárias nas diferentes realidades europeias, segundo as orientações do CoE através do EDQM.

3.2 Objetivos específicos

- Criar indicadores de performance que permitam mensurar a qualidade da comunicação na prática dos CF.
- Avaliar a compreensão dos indicadores, dos seus objetivos e utilidade potencial (validade de rosto).
- Testar a viabilidade de aplicação dos instrumentos construídos, identificando limitações e barreiras e, introduzindo ajustes nos mesmos e nas condições de aplicação.
- Monitorizar a aplicação dos indicadores nas diferentes realidades europeias. (medida de reprodutibilidade em diferentes contextos)
- Aumentar a robustez dos indicadores construídos através da integração de comentários e sugestões resultantes da participação de especialistas em cuidados farmacêuticos na realização de um *focus group*.
- Fornecer instrumentos e dados com utilidade para utilização futura por parte de organismos legisladores e de inspeção do exercício profissional em CF.

4 Materiais e métodos

O desenho do presente estudo é constituído por duas fases essenciais e distintas que concorreram para garantir a resposta aos objetivos projetados, através do recurso a diferentes metodologias.

1ª Fase: Um primeiro momento é caracterizado pela **criação de indicadores** para a qualidade da comunicação nos CF por um dos grupos de trabalho do *European Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare* (EDQM), sob a orientação do Conselho da Europa (CoE) e segundo uma cultura de segurança na utilização de medicamentos defendida por esta entidade

Os indicadores então criados necessitavam ser submetidos a **verificação de validade e aplicabilidade** pelo que através da colaboração com cerca de 12 países parceiros europeus, estes instrumentos foram testados no terreno, **através de um estudo piloto**, resultando um conjunto de comentários e sugestões fundamentais para a sua afinação.

Nesta fase essencialmente pretendíamos identificar as particularidades e limitações práticas da aplicação dos indicadores já criados, em geral no ambiente da farmácia comunitária e, em particular nas diferentes realidades europeias.

2ª Fase: Um segundo momento foi constituído pelo desenvolvimento de um **grupo focal** (*Focus Group* – FG), com recurso a um conjunto de peritos portugueses em CF, cujo principal objetivo seria, aprofundar a discussão em torno dos indicadores criados para além do que tinha já sido realizado através da 1ª fase do estudo. Para este efeito foi entendida como mais adequada a opção da metodologia de *focus group* que assim

permitiria gerar novo conhecimento e concorrer para uma melhor validação dos instrumentos.

Esta fase ambicionava questionar e discutir a conceção e aplicabilidade dos indicadores da qualidade da comunicação em CF, através da aposta no *expertise* deste grupo de peritos que apresentam uma enorme proximidade com os CF em Portugal.

O Fluxograma infra pretende ilustrar de forma sucinta o percurso do estudo efetuado.

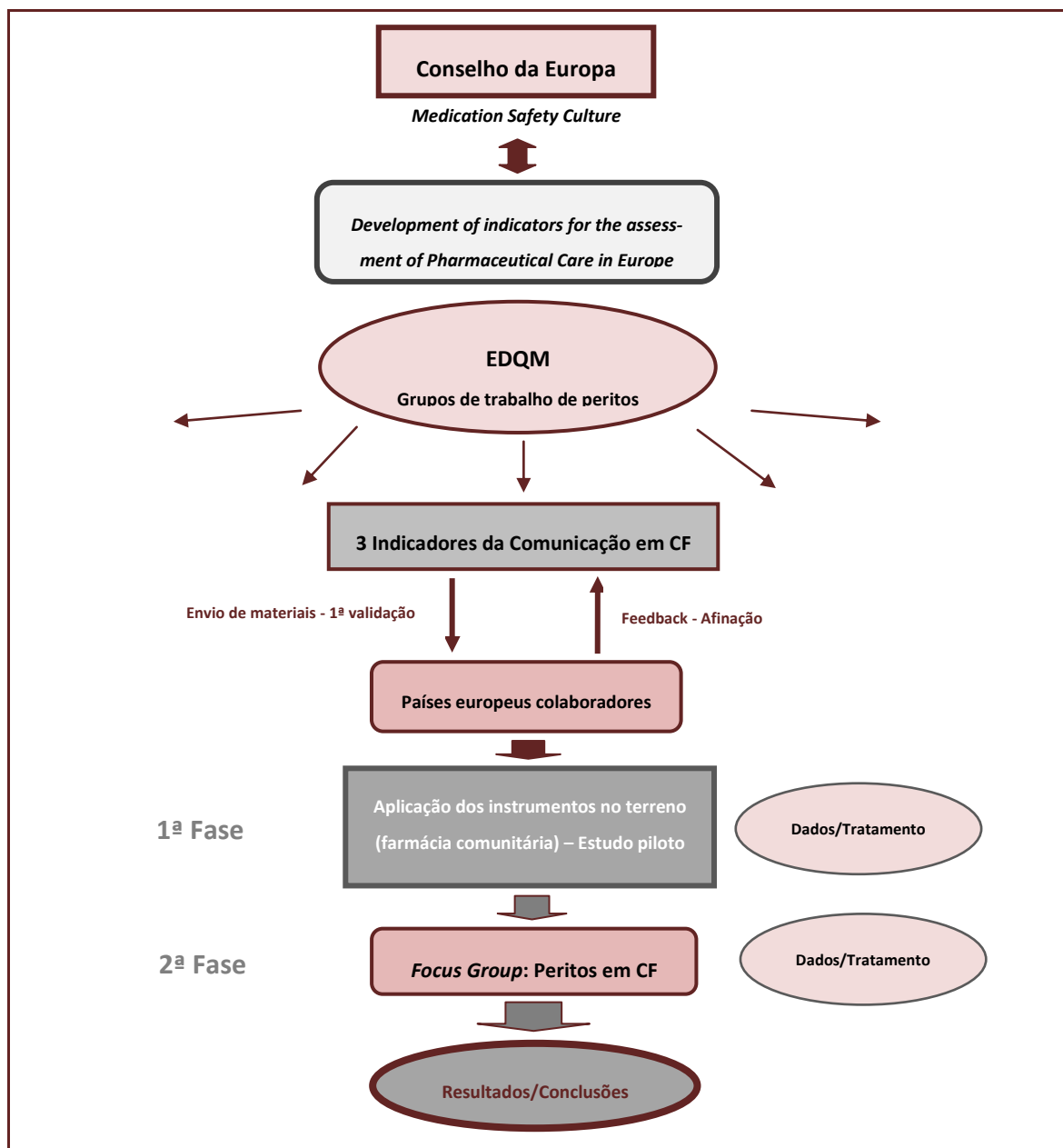


Figura 4.1 Fluxograma etapas do estudo

4.1 1ª Fase. Estudo piloto

A **construção inicial dos indicadores** baseou-se por um lado, em diretivas para a elaboração de Indicadores de Qualidade, emanadas e largamente discutidas no âmbito do projeto “*Quality assessment of pharmaceutical care in Europe through indicators*” sobre a orientação do, organismo do Conselho da Europa (CoE), EDQM (*European Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare*) e por outro, assentou em pesquisa bibliográfica realizada neste contexto, na área dos conceitos de Cuidados Farmacêuticos (CF), nomeadamente, os propostos por Hepler e Strand, bem como nas *guidelines* pré-estabelecidas sobre as boas práticas nos Cuidados Farmacêuticos ou prestação de serviços farmacêuticos avançados. A pesquisa incidiu igualmente sobre a construção de indicadores e a avaliação da comunicação em saúde.

O EDQM, no âmbito da *Medication Safety Culture* preconizada pela CE, pretendeu através desta iniciativa a standardização/normalização dos CF, equivalente ao que pautam para a qualidade das matérias-primas através da Farmacopeia Europeia e consequentemente a melhoria e expansão dos CF na Europa (102).

Constituem seus objetivos, através da criação de indicadores em CF, promover altos padrões de qualidade na prestação destes serviços, demonstrar a sua mais-valia no contexto dos cuidados em saúde e, deste modo, conquistar apoio político e legal para a sua cada vez maior expressão (102).

No contexto do projeto sob a responsabilidade do EDQM, a totalidade de indicadores a desenvolver foram, numa fase inicial, em número de 10, abarcando diferentes áreas ou aspetos dos CF. Foi estabelecido que 3 desses indicadores estariam focados na comunicação que se estabelece entre o Farmacêutico e o doente/cuidador (F-D) e entre o Farmacêutico e o clínico (F-C), perante cenários específicos que se colocam no âmbito dos cuidados farmacêuticos, em ambiente da farmácia comunitária.

Esta tarefa de desenvolvimento visa a obtenção no final de um conjunto de indicadores de acessível aplicação, que permitam uma autoavaliação por parte da própria far-

mácia, envolvendo custos reduzidos e que nesta fase pretendem medir a presença/ausência de comunicação e não tanto a qualidade da mesma.

4.1.1 Desenho do estudo

O estudo é constituído por **2 etapas distintas**. Numa primeira etapa verificou-se o desenvolvimento dos indicadores, respetivos instrumentos e manuais de aplicação com base nos propósitos estabelecidos previamente pela CoE e com o horizonte de 3 indicadores no seu total para a área da comunicação.

Posteriormente os materiais foram submetidos a uma primeira apreciação (validação facial) pelos diversos países europeus participantes, na pessoa do coordenador local do estudo, através da qual foram testadas questões de interpretação e de previsão de aplicabilidade no contexto onde se pretende que sejam futuramente utilizados.

Estes momentos permitiram efetuar ajustes e afinações aos indicadores e respetivos instrumentos, preparando-os para uma segunda etapa no terreno da farmácia comunitária, novamente de teste, com a colaboração de um agrupamento de países europeus, donde resultaram novas adaptações e afinações, desta vez mais finas, dos referidos indicadores e instrumentos.

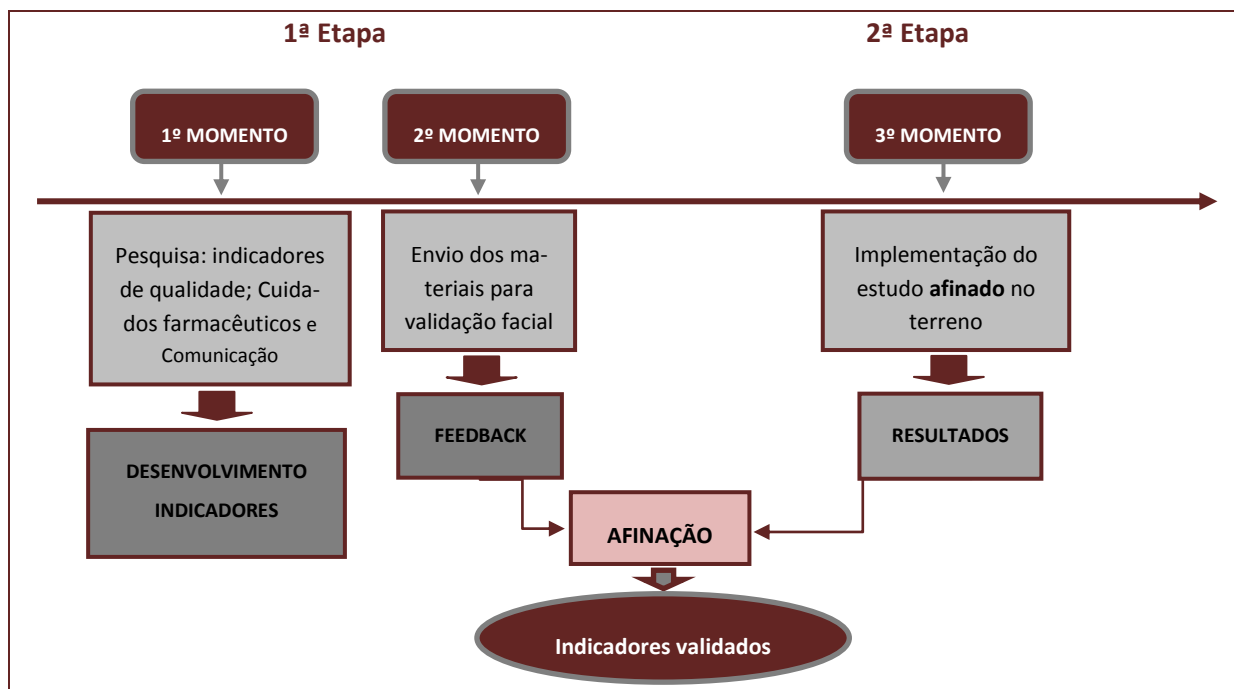


Figura 4.2 Desenho da 1ª fase do estudo.

Segundo a proposta de Donabedian, os indicadores desenvolvidos são classificados como indicadores de processo, uma vez que se debruçam sobre a interação F-D e F-C no processo dos Cuidados Farmacêuticos, que se desenrola sobre a estrutura existente no ambiente da farmácia e que pretende alcançar *outcomes* específicos na saúde do doente (99, 103).

Mediante estudos preliminares, as áreas da comunicação identificadas com relevância para, nesta fase, serem alvo de avaliação foram:

1. Aconselhamento dispensado mediante uma primeira prescrição – **C1 Initial counseling indicator**
2. Dispensa de informação escrita personalizada – **C2 Personalized written information indicator**
3. Comunicação estabelecida entre o farmacêutico e o clínico a propósito de PRMs detetados pelo primeiro – **C3 Pharm-prescriber communication indicator**

O indicador C1 focaliza-se no aconselhamento prestado aquando da aquisição de uma nova terapêutica pelo doente, ou seja, mediante a iniciação de medicação desconhecida até ao momento por este. Este constitui, inequivocamente, um momento sensível em que uma efetiva comunicação por parte do farmacêutico pode influenciar uma boa *compliance* e o sucesso da terapêutica.

O indicador C2 diz respeito a informação escrita (manuscrita ou impressa) pelo farmacêutico mediante um pedido específico de aconselhamento não associado a prescrição médica. Não se encontram incluídos os folhetos informativos ou panfletos standardizados. A informação escrita personalizada, associada principalmente a situações em que não existiu contato prévio com o clínico, é entendida como uma atuação de excelência do farmacêutico em que este veicula, de forma mais personalizada e duradoura, a informação que transmite ao doente. Este indicador foi alvo de adaptação posterior como resultado das dificuldades de aplicação reportadas pelos coordenadores, passando assim a incluir toda a informação escrita personalizada fornecida mediante pedido de aconselhamento ou dispensa não associada a prescrição médica (por exemplo dispensa de OTC).

O indicador C3 debruça-se sobre a comunicação interprofissional e em particular sobre a que se estabelece entre o farmacêutico e o médico em farmácia comunitária, que ocorre essencialmente associada a PRMs detetados e cuja resolução exige a intervenção deste outro profissional de saúde. A aplicação deste indicador foi inicialmente desenhada para ser realizada de forma retrospectiva, com base em registos da farmácia, foi contudo, posteriormente adaptada para uma aplicação prospetiva em consequência dos comentários e sugestões dos coordenadores.

Tabela 4.1 Descritivo dos indicadores

	C1	C2	C3
Significado (O quê?)	Frequência de situações de 1ª prescrição com aconselhamento associado face ao total de situações de 1ª prescrição	Frequência de informação escrita personalizada dispensada associada a pedidos de aconselhamento face ao total de pedidos	Frequência de contactos efetuados com o médico perante um PRM face à totalidade de PRMs detetados
Alvo de observação (Quem?)	Farmacêuticos envolvidos na dispensa de terapêuticas com prescrição	Farmacêuticos com contato com o público	Farmacêuticos envolvidos com a gestão de PRMs
Procedimento (Como?)	Observação direta dos eventos de dispensa/comunicação	Observação direta dos eventos de pedidos de aconselhamento	Retrospectiva com base no registo de PRMs da farmácia
Período de observação (Quando?)	Até 30 C1	Até 30 C2	Registos de 30 dias
Utilidade (Para quê?)	Avaliar e melhorar a qualidade do CF através da medida dos episódios de comunicação entre farmacêutico e doente e a forma como estes contribuem para um uso efetivo e seguro de uma nova medicação	Avaliar e melhorar a qualidade do CF através da medida da informação personalizada dispensada aos doentes e a forma como esta contribui para um uso efetivo e seguro de toda a medicação	Avaliar e melhorar a qualidade do CF através da medida da continuidade de cuidados de saúde de farmacêuticos para médicos através da procura de soluções para PRMs

A cada indicador correspondeu um instrumento/formulário (anexos A6/C1, A7/C2 e A8/C3) que procurou a avaliação específica de cada tipo de evento de comunicação.

Paralelamente foram desenvolvidos instrumentos/formulários que permitiram recolher informação adicional no que se refere à caracterização de cada país participante relativamente ao nível de implementação dos CF (Anexo A3), à caracterização de cada farmácia recrutada (Anexo A4) e farmacêuticos selecionados (Anexo A5) e ainda à auscultação de opinião (dificuldades/barreiras/sugestões) do observador e farmacêuticos monitorizados, relativamente ao desenho dos indicadores.

A informação recolhida no âmbito dos questionários anteriormente referidos permitiu a obtenção de um panorama das distintas realidades europeias participantes no estudo e desta forma alcançar algum entendimento sobre determinados aspetos encontrados nos resultados.

Mediante os indicadores concebidos foi desenvolvido um manual de condução do estudo (anexo A1), com o objetivo de garantir uma boa compreensão e aplicação dos indicadores e respetivos instrumentos, contendo toda a informação referente a estes, nomeadamente, definição, enquadramento, objetivos, universo de aplicação, diretivas de aplicação, carta convite às farmácias, entre outros elementos.

Este conjunto de materiais pretendia-se que fosse objeto, numa primeira instância, de uma cuidada reflexão (validade facial), por parte dos coordenadores de cada país, que não seria mais que um primeiro teste aos instrumentos e indicadores, conduzindo a questões, dúvidas e comentários muito úteis para a moldagem dos mesmos.

Tabela 4.2 Documentação associada ao estudo

Designação do documento	Descrição	Anexo
Research Manual	Manual concebido para garantir a boa compreensão e condução do estudo.	A1
Pharmacy invitation letter	Carta convite a ser enviada às farmácias pelo coordenador do estudo em cada país com o objetivo de recrutamento.	A2
General portrait of Pharmaceutical Care	Formulário a ser preenchido pelo coordenador com o objetivo de se conhecer a realidade do país colaborador face aos CF.	A3
Field researcher questionnaire	Formulário a ser preenchido pelo observador sobre a caracterização da/s farmácia/s de estudo.	A4
Participating pharmacists' questi-	Formulário a ser preenchido pelos farmacêuticos monitori-	A5

Designação do documento	Descrição	Anexo
onnaire	zados sobre a sua caracterização demográfica e comentários sobre o desenho dos indicadores.	
Initial counseling indicator (C1)	Formulário a ser utilizado pelo observador aquando da monitorização de episódios de 1ª prescrição.	A6
Patient written information indicator (C2)	Formulário a ser utilizado pelo observador aquando da monitorização de episódios de pedidos de informação.	A7
Pharm-prescriber communication indicator (C3)	Formulário a ser utilizado pelo observador aquando da monitorização de PRMs detetados na farmácia.	A8
Professional-patient episodes registration (C0)	Formulário a ser utilizado pelo observador aquando da monitorização dos eventos de comunicação na farmácia. Criado posteriormente para apoiar o observador na zona de atendimento.	A9

O estudo de campo, ou seja, a submissão à realidade da farmácia comunitária, assume um carácter **observacional, descritivo e transversal**, ambicionando testar a aplicabilidade dos indicadores criados às diferentes realidades das farmácias europeias e a consistência e robustez do seu desenho e conteúdo relativamente ao fim para que foram desenhados, ou seja, testar a sua validade facial, conceptual e a sua confiabilidade.

O estudo decorreu nos países europeus que aceitaram colaborar no estudo após terem sido alvo de convite por intermédio do EDQM. A cada país colaborador coube nomear um coordenador do estudo, que por sua vez recrutou um observador de campo que aplicou o estudo nas farmácias comunitárias.

A amostra selecionada de farmácias foi constituída por um método de conveniência e de forma não aleatória, cabendo a cada país selecionar 1 a 5 farmácias de características “típicas ou normais” isto é, farmácias médias em termos de número de funcionários e de utentes para cada país.

Ao coordenador coube a recolha de dados relativamente ao país e a formação do observador de campo. O observador implementou o estudo nas farmácias, monitorizando localmente os eventos de comunicação ocorridos entre o Farmacêutico e o doente/cuidador e entre o Farmacêutico e o clínico.

Posteriormente os coordenadores de cada país procederam ao envio eletrónico dos dados recolhidos, permitindo assim a sua posterior análise e tratamento.

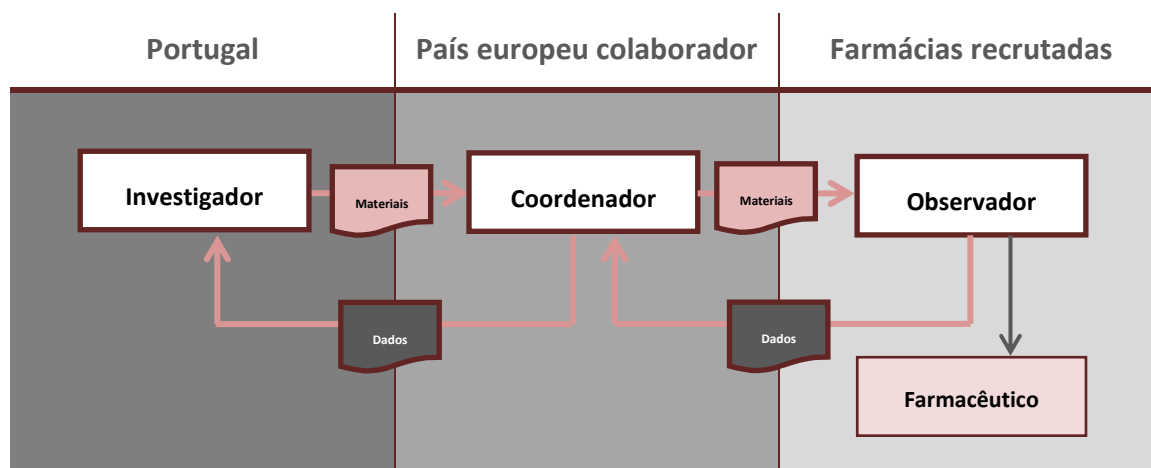


Figura 4.3 Fluxograma fluxo de informação do estudo

4.1.2 População de referência

A população de referência é constituída por farmácias comunitárias selecionadas por conveniência, pertencentes aos países europeus que aceitaram o convite formulado pelo EDQM, para participação no estudo piloto. O universo é de 47 países europeus.

Os países que aderiram ao estudo foram 12 contudo, a participação destes não aconteceu em ambas as etapas desta 1ª fase tal como podemos observar abaixo.

Tabela 4.3 Países participantes no estudo segundo etapas

País europeu participante	1ª Etapa	2ª Etapa
Albânia	+	+
Croácia	-	+
Dinamarca 2	-	+
Espanha	+	+
Georgia	-	+
Holanda	+	+
Letónia	-	+
Macedónia	-	+

País europeu participante	1ª Etapa	2ª Etapa
Moldávia	-	+
Polónia	-	+
Portugal	+	+
Suíça	+	-

4.1.3 Dimensão da amostra

O cálculo da dimensão da amostra não se aplica neste contexto, uma vez que o pretendido é o recrutamento do maior número de países europeus, a partir de uma população de referência já por si reduzida, constituída pelos 47 países do Concelho da Europa.

Uma larga participação poderia garantir a submissão dos indicadores a uma maior variabilidade de cenários, muito benéfico para garantir a confiabilidade dos mesmos.

Foi solicitado o recrutamento de 1 a 5 farmácias “típicas”, por cada país colaborador, o que, de acordo com a disponibilidade destes mesmos países, poderia assegurar entre um mínimo de 13 e um máximo de 65 farmácias selecionadas.

Assim o estudo foi conduzido em **31 farmácias** segundo a distribuição abaixo. A tipologia urbana/suburbana/rural está de acordo com a localização geográfica da farmácia e distância a centros urbanos.

Tabela 4.4 Tabela de farmácias participantes no estudo por país europeu colaborador

País europeu participante	Farmácia urbana	Farmácia sub- urbana	Farmácia rural	Total de farmácias
Albânia	4	1	0	5
Croácia	1	0	0	1
Dinamarca	1	0	0	1
Espanha	5	1	1	7

País europeu participante	Farmácia urbana	Farmácia subur- bana	Farmácia rural	Total de farmácias
Geórgia	1	0	0	1
Holanda	1	1	0	2
Letónia	1	0	0	1
Macedónia	6	0	0	6
Moldávia	1	0	0	1
Polónia	1	0	0	1
Portugal	0	3	2	5
Suiça	+			
Totais	22	6	3	31

4.1.4 Seleção dos participantes

Os participantes no estudo foram diversos e a distintos níveis. Num patamar mais geral encontram-se os países europeus, depois as farmácias dentro dos países e por último os profissionais dentro das farmácias.

A seleção dos participantes foi realizada de acordo com os seguintes **critérios de inclusão**:

- Capacidade do **país** em apresentar um coordenador local do projeto e em selecionar um observador de campo para condução do estudo no terreno.
- **Farmácias** comunitárias localizadas em diferentes países Europeus, consideradas farmácias “normais”, isto é que representem a realidade daquele país.
- **Farmácias** com disponibilidade e capacidade de acolher um observador no seu espaço físico e durante o seu horário de funcionamento.
- **Profissionais das farmácias** envolvidos na dispensa e na deteção de PRMs.
- Domínio da língua Inglesa.

4.1.5 Recolha de dados

Etapa 1. A recolha de dados aconteceu inicialmente sob a forma de um conjunto de dúvidas, questões e comentários - **feedback** - no que se refere a validade de rosto, aplicabilidade local, compreensão clara do âmbito e características do estudo, legibilidade e facilidade de preenchimento geral dos instrumentos, entre outros aspetos incluídos no manual do estudo, desenvolvido e disponibilizado via *email* a cada coordenador em representação de cada país colaborador. Este feedback foi disponibilizado eletronicamente pelos coordenadores após análise dos materiais e antes da aplicação do estudo no terreno.

Etapa 2. Os dados resultantes do trabalho no terreno foram uma consequência da aplicação dos instrumentos desenvolvidos. São de carácter anónimo, de preenchimento pelo coordenador, pelo observador de campo e pelos profissionais monitorizados e destinaram-se à recolha dos seguintes elementos:

- Panorama dos cuidados farmacêuticos e papel dos farmacêuticos nos países colaboradores. (Anexo A3)
- Caracterização das farmácias recrutadas. (Anexo A4)
- Caracterização dos Farmacêuticos monitorizados. (Anexo A5)
- Conhecimento da existência de comunicação entre o farmacêutico e doente/cuidador em determinados cenários da farmácia comunitária. (Anexos A6 e A7)
- Conhecimento da existência de comunicação entre o farmacêutico e o clínico. (Anexo A8)
- Caracterização simples dos eventos de comunicação referidos nos pontos anteriores.

4.1.6 Validação dos questionários

No âmbito deste estudo em particular, a validação dos instrumentos assume um papel fundamental uma vez que constitui o objetivo do estudo em si, isto é, garantir a apli-

cabilidade e validade dos indicadores, que em termos práticos se executam por intermédio de instrumentos/questionários.

Os formulários foram construídos de forma a responder às necessidades de informação para avaliação dos respetivos momentos de comunicação. Foram assim inicialmente criados critérios simplificados sobre os aspetos pertinentes a analisar.

A língua selecionada foi o Inglês pela sua universalidade face à multiplicidade linguística dos países colaboradores.

A análise dos instrumentos pelos coordenadores dos diferentes países, os quais detêm *expertise* nas áreas contempladas, a posterior aplicação dos mesmos no terreno e o tratamento através de metodologia estatística dos resultados obtidos, permitiram proceder aos ajustes e afinações necessárias constituindo assim os métodos de validação dos instrumentos desenvolvidos.

4.1.7 Tratamento dos dados

Etapla 1. Os dados textuais recolhidos fruto dos comentários ao manual do estudo e das perguntas de carácter aberto, foram alvo de análise qualitativa do seu conteúdo. Este tipo de informação permitiu identificar e sistematizar fragilidades e limitações dos indicadores, condicionando esclarecimentos e/ou alterações aos indicadores que contribuíram para a sua afinação.

Etapla 2. Os dados quantitativos recolhidos foram submetidos a uma análise estatística descritiva com o apoio do programa SPSS versão 21 e que pretendeu dar resposta às seguintes questões:

Formulário (anexo A3) - ***General portrait of Pharmaceutical Care***

1. Análise comparativa do nº de farmácias por país.
2. Análise comparativa do nº de habitantes, por farmácia e por país.
3. Análise comparativa do nº médio de farmacêuticos, por farmácia e por país.
4. Análise comparativa do nº médio de técnicos de farmácia, por farmácia e por país
5. Análise do tipo de serviços farmacêuticos disponibilizados por país.

Formulário (anexo A4) - ***Field researcher questionnaire***

1. No universo das farmácias estudadas distribuição por localização (urbana, rural...).
2. No universo das farmácias estudadas distribuição por dimensão da área de público.
3. No universo das farmácias estudadas distribuição por tipo de equipamentos e serviços.
4. No universo das farmácias estudadas distribuição por meios de comunicação disponíveis.
5. No universo das farmácias estudadas distribuição por existência ou não de gabinete de consulta.
6. No universo das farmácias estudadas distribuição por tipo de serviços prestados.
7. No universo das farmácias estudadas distribuição por localização e frequência de formação.
8. No universo das farmácias estudadas distribuição por existência ou não de formação em comunicação.
9. No universo das farmácias estudadas distribuição por não existência de contato com outros PS, ou havendo com quem e com que frequência.

Formulário (anexo A5) - ***Participating pharmacists' questionnaire***

1. Relativamente aos profissionais observados, distribuição por idades/grupo etário; por género; por anos de prática – por país.

Formulário (anexo A9) - ***Professional-patient episodes registration***

1. No total de atendimentos por farmácia/país qual a frequência para cada tipo.
2. Nas primeiras prescrições quantos aconselhamentos se realizaram e de que forma.
3. Nos *refil* quantos aconselhamentos se realizaram e de que forma.
4. Na dispensa de OTC quantos aconselhamentos se realizaram e de que forma.

Formulário (anexo A6) - ***Initial counseling indicator***

1. Distribuição das formas utilizadas para identificar uma primeira prescrição.
2. Frequência de casos com e sem aconselhamento.
3. Quais as razões apresentadas para a não prestação do aconselhamento?
4. Distribuição das formas de aconselhamento.
5. Frequência do conteúdo da informação disponibilizada?
6. Frequência da natureza da reacção do doente ao aconselhamento.
7. Distribuição por tipo de patologia.

Formulário (anexo A7) - ***Patient written information indicator***

1. Frequência dos casos de cenário C2 em que ocorreu aconselhamento na forma escrita.
2. Distribuição das razões apontadas para a não existência de aconselhamento escrito.
3. Distribuição da forma de informação escrita disponibilizada.
4. Distribuição do tipo de informação disponibilizada na forma escrita.
5. Distribuição da natureza de reacção verificada no doente mediante o aconselhamento prestado.

6. Distribuição pelo tipo de patologia em que foi prestado o aconselhamento (aguda/crónica).

Formulário (anexo A8) - ***Pharm-prescriber communication indicator***

1. Distribuição pelo tipo de problema identificado.
2. Frequência de problemas reportados ao médico.
3. Distribuição das razões que justificaram a falta de contato com o médico.
4. Distribuição do tempo consumido até se verificar o contato.
5. Distribuição das formas utilizadas para a comunicação com o médico.
6. Frequência de existência de feedback por parte do médico.
7. Distribuição da natureza do feedback do médico (positivo/negativo).

Constitui igualmente objectivo do estudo realizar uma caracterização de cada país participante no que se refere ao enquadramento farmacêutico, bem como uma caracterização de cada farmácia e farmacêutico seleccionados. Através desta informação procurar-se-á estabelecer relações de causalidade entre propriedades destes e a quantidade e qualidade de comunicação verificada ao nível dos CF.

Correlações:

1. As características de cada país, farmácia ou profissional apresentam associação com a taxa de aconselhamento na primeira prescrição, com a taxa de disponibilização de informação escrita personalizada ou com a taxa de PRMs detetados e comunicados ao clínico?
2. A profundidade ou tipo de informação dispensada apresenta alguma associação com as características do país, farmácia ou colaborador em estudo?

Variáveis do estudo:

As variáveis criadas para dar resposta às questões do estudo podem ser conhecidas em maior detalhe e sob os aspetos notação, tipo e domínio, através da consulta da tabela de operacionalização de variáveis em anexo (anexo A10).

4.1.8 Limitações do estudo

Naturalmente este tipo de estudo acarreta algumas dificuldades próprias de recrutamento dos países e respetivas farmácias comunitárias, agravadas pelo fator distância

que impede uma recolha e um controlo da qualidade da informação de forma otimizada.

A natureza da amostra de seleção por conveniência vai introduzir um viés de seleção uma vez que os países participantes podem ser os mais interessados, o mesmo acontecendo com a natureza das farmácias.

As barreiras culturais e linguísticas também constituem limitações ao estudo.

A dificuldade no consenso quanto ao conceito de cuidados farmacêuticos, ainda existente atualmente, contribui igualmente para as limitações do estudo.

A reduzida evidência existente na área dos indicadores e em particular na área da comunicação, é causa de uma grande lacuna quanto a padrões de comparação relativamente aos indicadores em questão, i.e. para medidas concorrentes de validação.

4.2 2ª Fase. *Focus Group*

4.2.1 Desenho do estudo

O *Focus Group* (FG) trata-se de uma metodologia de investigação social já consolidada, que assume a forma de uma discussão estruturada, que envolve a partilha gradual e a clarificação dos pontos de vista e ideias dos participantes. Este tipo de método de investigação oferece informação detalhada sobre as opiniões e atitudes dos participantes selecionados (104).

Usada inicialmente em estudos de mercado, é agora extensamente aplicada a uma variedade de contextos, como a investigação académica e em particular a investigação em saúde, com vista à produção de informação e conhecimento. A técnica apresenta particular interesse na análise de temas ou domínios que levantam opiniões divergentes ou que envolvem questões complexas que carecem de exploração em maior detalhe (104).

O FG faz parte de um conjunto de métodos de investigação baseado em grupos. O formato típico envolve um grupo relativamente homogéneo de cerca de seis a oito indivíduos que se reúne por um período de cerca de 1h e ½ a 2 horas. A interação do grupo é moderada por um investigador que estabelece os tópicos ou perguntas para discussão (104).

A técnica dos FG é uma fonte primária de informação qualitativa, combinada habitualmente com outros métodos e incorporada numa abordagem de estudo de caso (104).

A técnica de FG pode ser igualmente usada para a validação de dados recolhidos ou para complementar dados quantitativos (105).

Pontos fortes e fracos

Os FG tornam possível reunir, simultânea ou sequencialmente, isto é, em apenas um grupo focal ou numa sequência destes, os diferentes parceiros ou partes interessadas envolvidas num determinado estudo ou tema e, recolher uma vasta quantidade de informação qualitativa, num espaço de tempo relativamente curto comparativamente com outros métodos de entrevista (104).

Ao partilharem e compararem as suas experiências e pontos de vista, os participantes geram novos conhecimentos e entendimentos. O método permite ao investigador examinar as diferentes perspetivas dos participantes, à medida que estas vão sendo construídas, de uma forma perfeitamente natural, no contexto de uma conversa de grupo (105).

Método considerado naturalista, pela forma fluida e natural como a discussão acontece, em que são encontradas para além do conteúdo da discussão também as emoções, as ironias, as tensões, as contradições inerentes à expressão livre dos participantes. O investigador tem deste modo acesso não apenas aos factos (como no método de *surveys*) mas também ao significado subjacente a estes, assim as surpresas são uma possibilidade e por este facto, esta metodologia, permite a produção de um conhecimento/percepção mais genuínos (106).

A espontaneidade é fundamental e por ela poderão ser levantados tópicos não equacionados inicialmente e o próprio investigador está muito interessado em que isto aconteça (106).

A interação e o confronto de diferentes pontos de vista, permite revelar as percepções e os pontos de vista dos participantes, sobre tópicos e questões relevantes para a avaliação, numa dimensão para além da que se encontra patente nas entrevistas individuais. É aproveitada a dinâmica de grupo e o *ping-pong* de ideias para se conhecerem novas questões sobre o tema em discussão. À medida que novos dados e nova informação for emergindo da discussão de grupo, as perspetivas são menos influenciadas pela interação com o investigador do que pode acontecer numa entrevista individual (104).

A técnica dos FG adapta-se bem aos casos em que os tópicos em avaliação e as questões a serem abordadas dão origem a opiniões divergentes, mas em que a discussão pode conduzir a um ponto de vista mais profundo e mais ponderado. É devido à participação de vários elementos que o FG obtém um nível de “controlo de qualidade” sobre os dados recolhidos, julgando os prós e os contras da argumentação de cada pessoa, evitando, assim, opiniões extremas (104).

O FG não é a melhor ferramenta de investigação para determinar o ponto de vista individual de cada participante, ou mesmo o conhecimento individual acerca de determinada matéria, mas antes permite uma combinação de perspetivas do grupo - Entrevista de grupo (105).

O FG não é igualmente uma boa técnica para tratar assuntos quentes que produzem sentimentos fortes, uma vez que os participantes tendem a comportar-se de forma politicamente aceitável e deste modo os dados obtidos estarão mais longe de serem credíveis (105).

A ação de gravar o grupo focal apesar de essencial para a posterior análise e tratamento do seu conteúdo, compromete de alguma forma a naturalidade que se pretende esteja presente (105).

Existe também a possibilidade da participação num FG alterar as perceções dos participantes, devido ao “efeito Hawthorne” (o facto da atitude das pessoas, que sabem que estão a ser observadas, mudar) ou porque a interação com outros elementos lhes proporciona novos conhecimentos e perspetivas. O FG pode torna-se, deste modo, também um processo de aprendizagem (104).

Outro viés ou limitação do grupo focal que podemos assinalar, trata-se do denominado *Social desirability bias*, que está patente quando os elementos participantes pertencem a níveis sociais, profissionais ou económicos distintos, o que poderá condicionar uma inibição na partilha e contribuição para a entrevista. No caso particular deste grupo focal, o equilíbrio existente entre os elementos, afasta a possibilidade deste viés se manifestar (107).

O moderador

O papel do moderador, na discussão do FG, será de encetar a discussão, alargar o seu âmbito e as oportunidades de resposta, sempre que necessário. Os participantes são incentivados a dar novos rumos, muitas vezes inesperados, à discussão, abrindo esta a diferentes ângulos ou níveis de aprofundamento, sobre os tópicos em avaliação.

A moderação é decisiva para o sucesso da discussão em grupo. Requer competências sólidas e aptidões na função de moderação, promovendo a descontração e bem-estar dos participantes, motivando o grupo e mantendo o interesse dos participantes até ao fim. Os moderadores devem ser portadores de boas capacidades de comunicação, sensibilidade relativamente às questões em discussão e uma capacidade de exploração dos assuntos que garanta uma discussão mais aprofundada. O moderador deverá igualmente estar atento e questionar um possível consenso aparente quando este parece estar a ser construído com base na conformidade. São ainda necessárias determinadas competências para gerir a dinâmica de grupo e obter uma discussão equilibrada, evitando a influência dominante dos líderes de opinião existentes no grupo. Pode ser necessário seleccionar os moderadores que já possuem estas competências ou promover algum tipo de formação à equipa de avaliação para desenvolver estas competências de grupo (104).

O objetivo do moderador é permitir que se gere dentro do grupo uma discussão que seja o mais relevante possível segundo os objetivos do estudo, assegurando-se, ao mesmo tempo, que os tópicos e as questões de interesse para a avaliação são abrangidos dentro do tempo fixado. Tal envolve decidir quando se deve mudar a discussão para outro tópico, mantendo a discussão relevante e centrada, e escolher quando se deve permitir que a discussão saia um pouco do limite estabelecido para a temática em análise. Ao orquestrar o fluxo de contributos, pode ser necessária a combinação entre assertividade e tato (104).

Estruturação do FG (108, 109)

A atividade de condução de um FG pode ser dividida em 3 fases fundamentais:

A. Antes do FG (preparação)

1. Definição do objetivo do FG
2. Determinação de data limite para a realização
3. Identificação e convite dos participantes
4. Geração das questões após pesquisa de fontes pertinentes
5. Desenvolvimento de um guião, resultado da discussão da equipa de investigação
6. Seleção de um moderador
7. Escolha do local
8. Lembrete 3 dias antes da entrevista aos participante

B. Condução do FG

C. Após o FG

- Transcrição
- Revisão com as notas recolhidas na altura
- Análise, interpretação e síntese
- Relatório dos resultados

4.2.2 População de referência

A população de referência é constituída por profissionais portugueses que no âmbito da academia e/ou da atividade profissional apresentam um conhecimento profundo sobre CF, comunicação em CF e indicadores de qualidade, suas metodologias, importância e implementação.

4.2.3 Dimensão da amostra

O grupo selecionado foi de 9 elementos que responderam afirmativamente ao convite efetuado pela equipa de investigação.

Este valor é considerado equilibrado para a metodologia de grupo focal. Não é excessivamente pequeno que torne a discussão redundante e sem grande impacto em termos

de geração de novo conhecimento, nem claramente elevado que torne a interação e condução do grupo uma tarefa muito difícil.

4.2.4 Seleção dos participantes

A escolha dos elementos a integrar o FG foi baseada nos objetivos da realização desta metodologia, a geração de conhecimento sobre a comunicação em CF, sua qualidade e indicadores que a permitam mensurar. A seleção recaiu sobre um grupo de farmacêuticos, especialistas em CF, cuja ligação a esta atividade se estabelece quer a nível da docência/investigação, quer da prática da mesma no contexto da farmácia comunitária.

Tabela 4.5 Constituição do *Focus Group*

Participante	Género	Grupo etário (Década)	Atividade
Carla Barros	F	50 anos	Farmácia hospitalar + Academia
Carlos Sinógas	M	50 anos	Farmácia comunitária + Academia
Cristina Santos	F	40 anos	Associação Nacional de Farmácias
Gabriela Plácido	F	50 anos	Farmácia comunitária + Academia
João Romano	M	20 anos	Doutorando em CF
Manuela Teixeira	F	60 anos	Farmácia comunitária + Academia
Maria Augusta Soares	F	60 anos	Academia
Paula Fresco	F	30 anos	Academia
Paula Iglésias	F	40 anos	Academia

4.2.5 Recolha de dados

A recolha da informação assenta num guião (Anexo A11) previamente estruturado segundo os principais tópicos que se pretendem debatidos e constitui uma ferramenta que apoia a condução do grupo focal pelo moderador.

O conteúdo da discussão é sujeito a uma gravação áudio, posterior transcrição integral e finalmente análise da informação sob o chapéu da teoria tridimensional da atitude constante na Psicologia Social.

Seleção de questões/temas (104)

É importante definir e limitar cuidadosamente os tópicos abordados, de forma a garantir participação de todos os intervenientes na discussão. É, em geral, suficiente uma lista de quatro ou cinco perguntas completamente abertas, formuladas em linguagem corrente, para orientar uma sessão do FG. As questões deverão ser cuidadosamente definidas e organizadas segundo uma sequência de carácter mais genérico para mais específico. O objetivo do moderador será usar cada questão ou o tópico para envolver o maior número de participantes e para promover a discussão.

A discussão pode ser lançada de forma suficientemente aberta, introduzindo o assunto da sessão e colocando uma pergunta simples de interesse geral. Assim, cada participante poderá dar uma opinião inicial ou fazer observações iniciais ao assunto. À medida que a discussão vai avançando, o objetivo é clarificar, aprofundar e cobrir todos os ângulos.

O guião de questões contudo não deverá espartilhar a partilha, não se pretendem respostas telegráficas ou mecânicas mas uma conversa natural e fluida.

Caracterização do FG

Tabela 4.6 Caracterização do grupo focal

Data de realização	30 de Julho, 10:00 horas
Local de realização	Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa
Agenda	10:00H – Apresentação e introdução 10:15H – Questões/discussão 12:00H - Encerramento
Guião de questões	<ol style="list-style-type: none"> 1. No vosso entendimento o que são CF? 2. Qual o seu grau de implementação em Portugal? 3. Segundo os resultados obtidos através da contribuição dos parceiros europeus, “ Os CF estão fracamente implementados pela Europa e até mesmo nos países mais proactivos esta não é ainda uma atividade de rotina.” Gostaríamos que comentassem esta afirmação. 4. Segundo a vossa experiência qual o papel/contribuição da Comunicação na prestação de Cuidados Farmacêuticos? Qual a sua importância concreta? 5. Como poderíamos avaliar a qualidade dos CF? Que ferramentas sugeriam para o efeito? Porquê? 6. Indicadores de qualidade poderiam constituir uma possibilidade? 7. Qual a vossa reflexão sobre os 3 indicadores criados no âmbito deste projeto, no que se refere a: <ol style="list-style-type: none"> 7.1. Momentos da comunicação selecionados (estes ou outros)? 7.2. Desenho/Metodologia de aplicação? 8. Em particular para cada indicador e respetivo instrumento, qual a vossa avaliação no que se refere à sua pertinência, utilidade, validade e aplicabilidade? <ol style="list-style-type: none"> 8.1. Relativamente ao C1 (1ª prescrição)? Vantagens/Limitações? 8.2. Relativamente ao C2 (informação escrita e personalizada mediante pedido)? Vantagens/Limitações? 8.3. Relativamente ao C3 (comunicação com o médico sobre PRMs)? Vantagens/Limitações? 9. As principais críticas/limitações apresentadas pelos países colaboradores tocaram os seguintes aspetos, para os quais solicitamos o vosso cometário – CF em gabinete/balcão; Farmacêutico/outro; Observador/viés; 1ª prescrição; Registo informático; Inf. Escrita personalizada; Contatos com médico, registos PRMs...

O guião construído para auxiliar a boa condução do *focus group* encontra-se em anexo permitindo uma consulta mais detalhada (Anexo A11).

4.2.6 Tratamento dos dados

A informação recolhida através de gravação áudio foi, numa primeira fase, submetida a uma transcrição exaustiva e fiel da conversação.

A informação recolhida foi codificada de forma a permitir organizar os resultados em relação aos objetivos de avaliação. Esta codificação foi sujeita a uma auditoria, por parte de um revisor experiente, de forma a melhor garantir a consistência dos dados.

O tratamento dos dados assentou na análise das citações e os resultados foram apresentados como códigos (temas ou perspetivas). Esta análise qualitativa exige a utilização de metodologia própria para tratamento da linguagem falada.

A fase de análise e relatório dos resultados consistiu em interpretar e comparar a informação fornecida pelos participantes, procurando e analisando opiniões partilhadas e divergentes de acordo com o *background* do indivíduo. A reflexão sobre a interação gerada entre os participantes foi igualmente pertinente, considerando ser uma das mais-valias da metodologia do FG (105).

A análise da entrevista coletiva (*focus group*) realizada com a participação de especialistas portugueses na área dos cuidados farmacêuticos, foi baseada na teoria atitudinal da Psicologia social, desenvolvida por Maria Luísa de Lima no livro de Jorge Vala e Maria Benedicta Monteiro de título “Psicologia Social”. Deste modo, pretendeu-se refletir sobre as atitudes, como avaliações do indivíduo face a algo, nas suas dimensões cognitiva, afetiva e comportamental, expressadas através das citações dos elementos do grupo, face ao tema de investigação – Indicadores de qualidade para a comunicação nos cuidados farmacêuticos.

Validade interna/validade externa/Fiabilidade/Objetividade (110)

Os autores Guba and Lincoln (1994) propõem uma nova nomenclatura para os critérios de validade de um estudo, segundo estes, mais adequada às metodologias qualitativas. Assim, em substituição do termo validade interna (*internal validity*) é sugerido o

conceito de credibilidade (*credibility*) que foi neste estudo assegurada, numa primeira etapa, através da garantia da livre expressão de todas as ideias por parte dos participantes, constituindo desta forma uma representação fiel das suas perspetivas e, nesta questão há a considerar a importância da qualidade do guião e da experiência do moderador. Numa segunda etapa, a intervenção do analista no tratamento da informação recolhida, foi suportada por um robusto enquadramento teórico que proporcionou orientação e a transformação adequada dos dados, atribuindo ênfase seletivo aos pontos destacados. Foi acautelada cuidadosamente a não manipulação da informação ou o seu tratamento indevido.

A validade externa (*external validity*) é nesta abordagem entendida como transferabilidade (*transferability*), este não é um critério muito relevante no contexto do FG realizado já que, usualmente e também neste caso particular, a generalização dos resultados obtidos para uma população não constitui um objetivo do estudo, quando assim acontecer deverá existir preocupação com a dimensão e representatividade da amostra a selecionar.

O conceito de fiabilidade (*reliability*) surge sob a forma de confiabilidade (*dependability*) e está relacionado com a possibilidade de replicação ou repetição do estudo, que no estudo em questão não assume grande importância uma vez que o FG deve refletir uma variedade de experiências e compreensão dos pontos comuns e divergentes, o que se pretende não é assegurar os mesmos resultados com a repetição da técnica, mas sim a exploração das atitudes dos participantes face ao tema em observação.

O parâmetro objetividade (*objectivity*) do estudo é interpretado como confirmabilidade (*confirmability*) do mesmo, que se refere ao grau de confirmação, por outros, dos resultados obtidos com o estudo. Os resultados encontrados estão, neste caso, de acordo com as conclusões do estudo elaborado pelo EDQM em 2009, bem como, com a literatura existente sobre a temática.

Enquadramento conceptual (111)

A seleção das atitudes como foco da análise está associada ao seu carácter preditor de comportamentos e carácter avaliativo, que está ausente por exemplo nas percepções do indivíduo e que se torna fundamental para o alcançar dos objetivos delineados no estudo.

A pesquisa sobre as teorias mais relevantes relativas ao conceito de atitude é essencial como fundamento teórico para uma análise mais robusta do conteúdo desta entrevista de grupo.

O conceito de atitude tem sido explorado de forma intensiva na tentativa de encontrar explicações para os comportamentos humanos. Foram ao longo dos tempos várias as definições sugeridas para este termo, ligadas a diferentes perspectivas teóricas, não existindo um real consenso sobre o conceito.

O termo atitude descreve uma avaliação expressa através de sentimentos, crenças e comportamentos que um indivíduo possui ou demonstra face a alguém ou alguma coisa.

Em 1993 Eagly e Chaiken propõem o conceito que melhor tenta congrega as diversas opiniões e que desde então é a adotada pela literatura. Atitude é então definida como sendo um constructo hipotético referente à tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica.

A tendência psicológica trata-se de um estado interior com alguma estabilidade temporal e que se situa entre os traços de personalidade (estabilidade temporal superior) e os estados emocionais (estabilidade temporal menor).

As atitudes não são diretamente observáveis, pelo que se realiza uma inferência sobre os processos psicológicos de um indivíduo através dos seus comportamentos face a determinados estímulos.

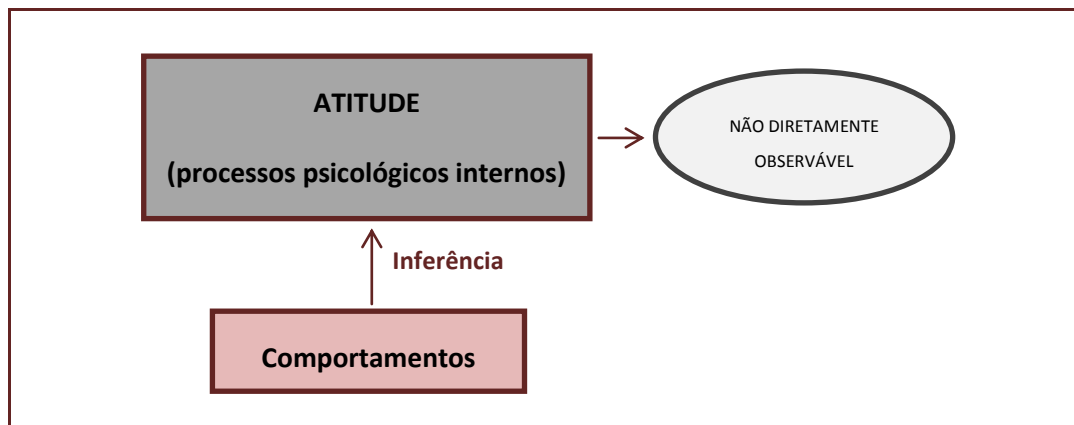


Figura 4.4 Inferência das atitudes pelos comportamentos

As várias definições de atitude apresentam os seguintes pontos em comum (111):

- Referem-se as experiências subjetivas: refletem as posições de um indivíduo ou grupo, ligadas à sua história e com carácter aprendido
- Referem-se a um objeto (algo ou alguém)
- Incluem sempre uma dimensão avaliativa (ex.: concordo/discordo)

Características das atitudes (111):

- Permitem um julgamento avaliativo – Favorável/desfavorável.
- Apresentam intensidades distintas – posições extremadas/posições fracas.
- Acessibilidade – de acordo com a forma como foi gerada, o grau de consulta e a importância, as atitudes poderão encontrar-se mais ou menos acessíveis e desencadear comportamentos mais ou menos automáticos.

Rosenberg & Hovland (1960) abordam a atitude numa perspetiva tridimensional, isto significa que, segundo estes autores, atitudes são predisposições para responder a determinados tipos de estímulos com determinadas classes de respostas. Assim sugerem que a atitude face a determinado estímulo se pode manifestar segundo 3 categorias de resposta: afetiva, cognitiva e comportamental. A componente afetiva refere-se a sentimentos ou emoções positivas ou negativas relativas a um objeto (Fabrigar & Petty, 1999). A componente cognitiva abarca pensamentos ou crenças que um indivíduo pos-

sa possuir relativamente a um objeto (Eagly & Chaiken, 1993). A vertente comportamental compreende ações ou intenções de acção respeitantes a determinado objeto (Eagly & Chaiken, 1993). Os autores propõem, assim, uma definição multidimensional, enquanto várias outras definições atentam apenas a uma destas dimensões (111, 112).

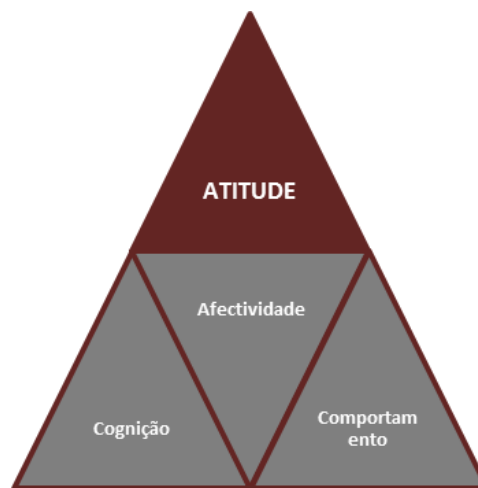


Figura 4.5 Esquema que pretende ilustrar a tridimensionalidade da atitude segundo Hosenberg and Hovland

A componente **cognitiva** está relacionada com o modo como processamos a informação que temos, o que inclui pensamentos, raciocínios, crenças, ideias; é a componente racional das atitudes.

A componente **afetiva** tem a ver com sentimentos e emoções positivas ou negativas numa determinada situação; compõe-se de pressupostos menos racionais, ligados a experiências emocionais.

A componente **comportamental** relaciona-se com a motivação ou tendência para agir de determinada forma; não é um comportamento propriamente dito.

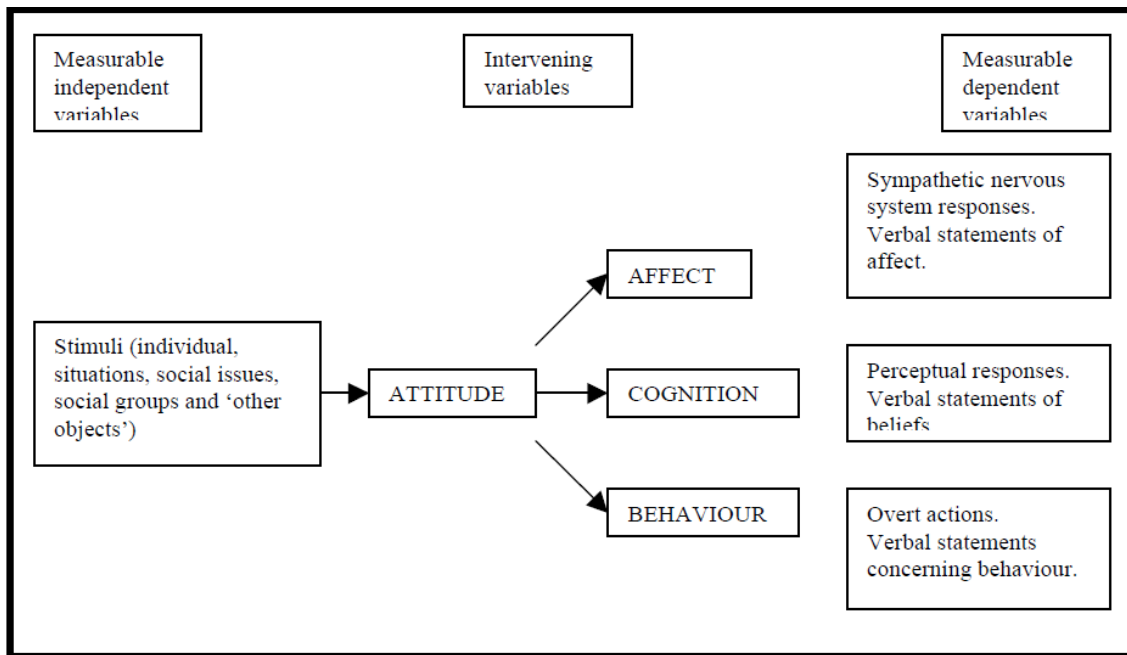


Figura 4.6 Modelo dos 3 componentes da atitude (112).

Cada uma das três classes de resposta atitudinal patentes no modelo de três componentes de atitude de Rosenberg e Hovland (apresentado na Figura 4.5), isto é, afetiva, cognitiva e comportamental são inferidas a partir dos tipos específicos de resposta mensurável apresentados à direita na Figura anterior.

A forma mais comum de medição de atitude é a partir da análise de respostas na forma verbal ou escrita dada por indivíduos face a determinados estímulos.

Medida das atitudes (111):

A longa história das atitudes na Psicologia Social permite que se tenham desenvolvido formas estruturadas de as avaliar através de diversos tipos de respostas observáveis relativamente a esse constructo inferido.

a. Medição das atitudes através de respostas cognitivas

A forma mais comum de se medir atitudes é através do que se designou como Escalas de atitudes. Esta técnica parte do princípio de que podemos medir atitudes através de crenças, opiniões e avaliações dos sujeitos acerca de um determinado objeto, e que a

forma mais direta de acedermos a estes conteúdos é a autodescrição do posicionamento individual.

Assim se desenvolveram técnicas de “papel e lápis” que, ancoradas em modelos de medição diferentes, se cristalizaram em redor de quatro procedimentos de construção de escalas:

- Escalas intervalares de Thurstone, 1928. (centradas no estímulo – frases)
- Escala de Lickert, 1932.
- Escala de diferenciador semântico, 1957.
- Escala de Guttman, 1944 (escalas cumulativas)

Estas técnicas de “papel e lápis”, apesar de serem as mais utilizadas, apresentam algumas limitações: Dependência da forma como são formuladas as questões, da relevância que o assunto/objeto assume para o sujeito e da possibilidade da resposta estar condicionada pela necessidade do sujeito dar uma boa imagem de si mesmo, sendo deste modo muito distinta da atitude real. Devido a estas fragilidades alguns autores optam por abordagens mais indiretas.

b. Medição das atitudes através de resposta afetivas

A sociopsicofisiologia desenvolveu técnicas de avaliação das atitudes através de sinais corporais:

- Respostas naturais manifestas: sinais posturais e expressões faciais.
- Respostas naturais escondidas: alterações fisiológicas involuntárias e dificilmente observáveis (RGP, alteração da pupila, contracção muscular).
- Respostas falsas – falsos indicadores fisiológicos.

Uma outra técnica possível para medição das respostas afetivas é através de papel e lápis em que o sujeito realiza uma descrição das suas emoções. Ainda assim, este é um parâmetro de difícil medição e avaliação.

c. Medição das atitudes através de respostas comportamentais

- Permite a observação em meio natural e o superar das faltas de sinceridade.
- Consideradas formas de medição mais “puras”, mais próximas da realidade
- A observação de comportamentos reveladores de atitudes através de medidas não obstrutivas, ou seja, através de observações não perçecionadas pelos sujeitos foi prática realizada nos anos 60.
- Não é simples nem linear que o comportamento corresponda de facto à atitude, há a ponderar a influência das condições situacionais na determinação do comportamento social e a inferência da atitude a partir do comportamento do sujeito ficar completamente nas mãos do investigador.

4.2.7 Limitações do estudo

O estudo apresenta os seguintes aspetos limitantes:

- Grande atenção dispensada às primeiras questões do guião limitando o tempo dedicado à apreciação/discussão dos indicadores criados.
- Alguns testemunhos muito centrados nas suas experiências particulares comprometendo um pouco o evoluir da entrevista de grupo.
- Os peritos não estavam muito familiarizados com os materiais associados aos indicadores.
- Necessidade de condução de mais do que um grupo focal, nomeadamente com a contribuição de elementos de outros países europeus, para geração de mais e melhor informação.
- Tratamento da informação recolhida com recurso a um programa que permitisse uma análise mais fina, como por exemplo NVivo.

5 Resultados

5.1 1ª Fase. Estudo piloto

Os resultados ambicionados para esta etapa do estudo eram essencialmente ajustes aos indicadores, resultantes da sua submissão aos distintos cenários possíveis, ou seja, a sua validação através da submissão à prática. Deste modo, apesar de ter sido efetuada adicionalmente uma análise dos dados gerados pela aplicação dos indicadores nos diferentes estados participantes, o core do projeto foi a obtenção de um conjunto de indicadores da qualidade da comunicação em CF, com potencial para ser utilizado na Europa.

A apresentação dos resultados encontra-se baseada nos formulários criados e, a informação recolhida obedece a uma progressão do geral para o particular, como ilustra a figura abaixo.

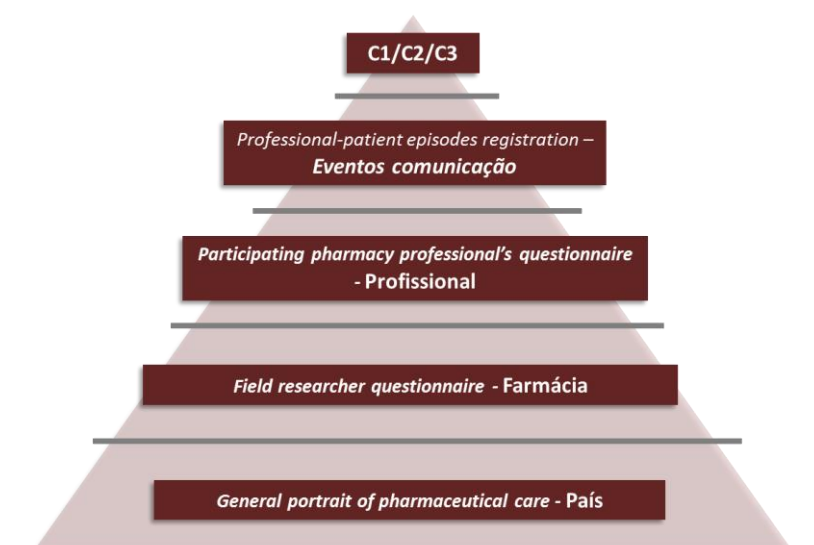


Figura 5.1 Esquema do âmbito da informação recolhida pelos formulários – Geral para particular

No intuito de melhor contextualizarmos a informação gerada, a ordem de apresentação dos resultados será a seguinte:

1. Caracterização dos países participantes através da resposta ao formulário - ***General portrait of pharmaceutical care*** pelo coordenador em cada país.
2. Caracterização das farmácias comunitárias recrutadas através do preenchimento do formulário - ***Field researcher questionnaire*** pelo observador.
3. Caracterização dos profissionais de farmácia monitorizados pela resposta dos próprios ao formulário - ***Participating pharmacy professional's questionnaire***
4. Conjunto de comentários e sugestões sobre o desenho dos indicadores de comunicação e respectivos ajustes desencadeados resultantes de:
 - Feedback inicial dos coordenadores dos países colaboradores
 - Comentários/sugestões do ***Field researcher questionnaire***
 - Comentários/sugestões do ***Participating pharmacy professional's questionnaire***
 - Conjunto de dificuldades percebidas a partir da aplicação propriamente dita dos 3 indicadores
5. Caracterização dos eventos de comunicação observados a partir dos formulários (C0; C1; C2 e C3)

Para esta fase do estudo foi endossado convite aos países que marcaram presença nas reuniões do organismo EDQM (*European Directorate for the Quality of Medicines & Health Services*), sob o tema do desenvolvimento de Indicadores para os Cuidados Farmacêuticos, bem como, a outros pertencentes à rede do Conselho da Europa, num total de 17 países. O convite foi acolhido por 12 países, com características económicas, culturais e sociais muito distintas o que logo à partida anunciava a possibilidade de um bom teste aos indicadores. Os países colaboradores foram, a Albânia; a Croácia; a Macedónia; a Letónia; a Polónia; a Geórgia; a Moldávia; a Dinamarca; a Holanda; a Suíça; a Espanha e Portugal.

A esta fase correspondeu a recolha de dados que permitiu, considerando naturalmente a não pretensão de representatividade, o esboçar de um panorama dos CF e da comunicação estabelecida no seu contexto, para cada país colaborador.

5.1.1 Caracterização dos países colaboradores

Assim, o formulário ***General portrait of pharmaceutical care*** (Anexo A3) transmite um panorama dos cuidados farmacêuticos em cada país colaborador e é efetuado pelo coordenador responsável em cada país.

A informação gerada por este formulário transmite-nos que o papel do farmacêutico em países como a Albânia, a Macedónia e a Letónia se limita praticamente à dispensa de medicamentos, quase sempre não associada a qualquer aconselhamento estruturado como nos chega a referir a Macedónia. Segundo a Polónia os CF são matéria reservada a projetos de investigação ou, como menciona a Letónia, limitada a meios rurais com pontuais testemunhos de acompanhamento de doentes crónicos.

Estes são contudo países, como podemos constatar através das figuras 5.2 até 5.5, com uma excelente assistência farmacêutica ilustrada pela cobertura do território no que se refere a nº de habitantes por farmácia e pelo nº médio de farmacêuticos por farmácia, em que a Geórgia revela o valor mais elevado, 3,5, logo seguido de Portugal com 2,43 refletindo a aposta, destes países, nesta classe profissional para constituir as suas equipas da farmácia comunitária. A Polónia por seu lado apresenta maior destaque na categoria dos técnicos de farmácia muito representada nas suas equipas. Estes dados questionam a falta de farmacêuticos ou de farmácias como uma das justificações para a tímida implementação dos CF.

Os CF são encarados como a possibilidade futura de reforço do papel do farmacêutico, necessitando para tal de uma maior aposta na formação e de uma motivação através da remuneração deste serviço, defendem a Albânia, Macedónia e Geórgia.

Espanha relata-nos uma realidade distinta com a referência a um conjunto de serviços já implementados como programas de educação para a saúde e de CF, revisão da terapêutica, unidose para a população idosa e prescrição eletrónica.

Estes dados apresentam-se explanados infra em tabelas por país membro da Comissão Europeia participante no estudo.

Para este formulário, de entre 12 países participantes não foi possível obter informação relativa a 5 estados - Croácia; Dinamarca; Holanda; Moldávia e Suíça.

Tabela 5.1 Tabela Panorama Albânia

ALBÂNIA	
Número de farmácias	1100
Número de habitantes por farmácia	2134
Número de farmacêuticos por farmácia	1,1
Número de técnicos por farmácia	0,2
Horário mais comum da farmácia	08:00 – 20:00H
Serviços farmacêuticos implementados	Administração da terapêutica
Papel futuro do farmacêutico comunitário	<i>“Actually the role of pharmacist is focused in dispensing medicines. Pharmacist has an important role to play in positively influence drug policy, drug use and outcomes as well as other aspects of health care. The future of pharmacy is Pharmaceutical Care.”</i>

Tabela 5.2 Tabela Panorama Geórgia

GEÓRGIA	
Número de farmácias	3000
Número de habitantes por farmácia	1500
Número de farmacêuticos por farmácia	3 – 4
Número de técnicos por farmácia	-
Horário mais comum da farmácia	10:00 – 20:00H
Serviços farmacêuticos implementados	Home drug delivery
Papel futuro do farmacêutico comunitário	<i>“The role of community pharmacist in health care is constantly rising. With rise of population’s purchasing capabilities, there is increase of access of populations to modern, rational, safe treatments that ultimately leads to implementation and improve of pharmaceutical care standards. Additionally training and educational resources are needed.”</i>

Tabela 5.3 Tabela Panorama Espanha

ESPANHA	
Número de farmácias	21166
Número de habitantes por farmácia	2209
Número de farmacêuticos por farmácia	1,5
Número de técnicos por farmácia	2
Horário mais comum da farmácia	40 horas /semana
Serviços farmacêuticos implementados	<i>Therapy administration (methadone programs); Health education programs; Pharmaceutical Care programs (specific diseases); Medication review with follow-up; Unit-dose for elderly leaving alone in Basque country</i>
Papel futuro do farmacêutico comunitário	-
Comentários adicionais	<i>“Just now we have almost half of the country starting to work with electronic prescription: Andalucía, Valencia, Extremadura, Galicia and Cataluña.</i>

Tabela 5.4 Tabela Panorama Macedónia

MACEDÓNIA	
Número de farmácias	816
Número de habitantes por farmácia	2450
Número de farmacêuticos por farmácia	1.4
Número de técnicos por farmácia	1.5
Horário mais comum da farmácia	08:00 – 21:00 H
Serviços farmacêuticos implementados	<i>First aid administration.</i> <i>“Macedonia does not support pharmaceutical services.”</i>

Papel futuro do farmacêutico comunitário	<i>“Bigger part of pharmacists in the community pharmacy are basically just dispensing medicines without providing proper consulting with regards of expected therapeutic outcome and possible adverse consequences of therapy. Patients in general are not expecting to receive advice from the pharmacist about therapeutic outcome. Mostly they require the information from their family doctors. From the community pharmacist it is generally expected to explain the dosage and methods of usage. Experts from Institute of Pharmaceutical Chemistry, Department of Clinical Pharmacy at the Faculty of Pharmacy, University of Ss Cyril and Methodius – Skopje, after the conducted survey on pharmaceutical services in republic of Macedonia in period of three years and in consultation with the Macedonia Pharmaceutical Chamber, prepared 2 years residency program for community pharmacy with clinical orientation. [...] From here on out a better pharmaceutical service should be available.”</i>
Comentários adicionais	<i>“Reimbursement system in the Republic of Macedonia does not stimulate community pharmacists to provide more clinical orientated counseling to patients.”</i>

Tabela 5.5 Tabela Panorama Polónia

POLÓNIA	
Número de farmácias	10817
Número de habitantes por farmácia	3528
Número de farmacêuticos por farmácia	2,2
Número de técnicos por farmácia	6
Horário mais comum da farmácia	08:00 – 20:00H (dias semana) 08:00 – 14:00H (Sábado)
Serviços farmacêuticos implementados	-
Papel futuro do farmacêutico comunitário	<i>“Supply of medications; patient counseling, information for physicians and other health professionals.”</i>
Comentários adicionais	<i>“Pharmaceutical care is provided only as a research programs.”</i>

Tabela 5.6 Tabela Panorama Letónia

LETÓNIA	
Número de farmácias	838 (38 – hospital pharmacies)
Número de habitantes por farmácia	2500
Número de farmacêuticos por farmácia	2
Número de técnicos por farmácia	2
Horário mais comum da farmácia	09:00 – 19:00H 10:00 – 20:00H
Serviços farmacêuticos implementados	<i>Therapy administration; First aid administration; Health education programs (not in all pharmacies); Medication review (not in all pharmacies)</i>
Papel futuro do farmacêutico comunitário	<i>“Pharmacist is a consultant for the patients, also in some situations helps the physician regarding the medicines topics. He has the function of dispensing medicines, consulting, monitoring chronic patients (only when patients come to the same pharmacy all the time or in the rural area). In the future all the patients will be monitored regarding their medication history. Now, healthcare professional in the future, healthcare team member.”</i>
Comentários adicionais	-

Tabela 5.7 Tabela Panorama Portugal

PORTUGAL	
Número de farmácias	2879
Número de habitantes por farmácia	3696
Número de farmacêuticos por farmácia	2,43
Número de técnicos por farmácia	-
Horário mais comum da farmácia	Variável 09:00 – 20:00
Serviços farmacêuticos implementados	-
Papel futuro do farmacêutico	-

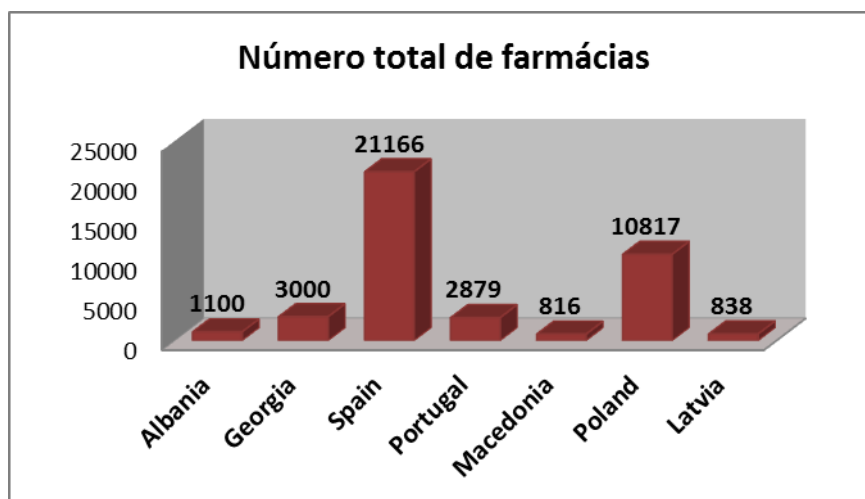


Figura 5.2 Representação gráfica do número total de farmácias por país participante.

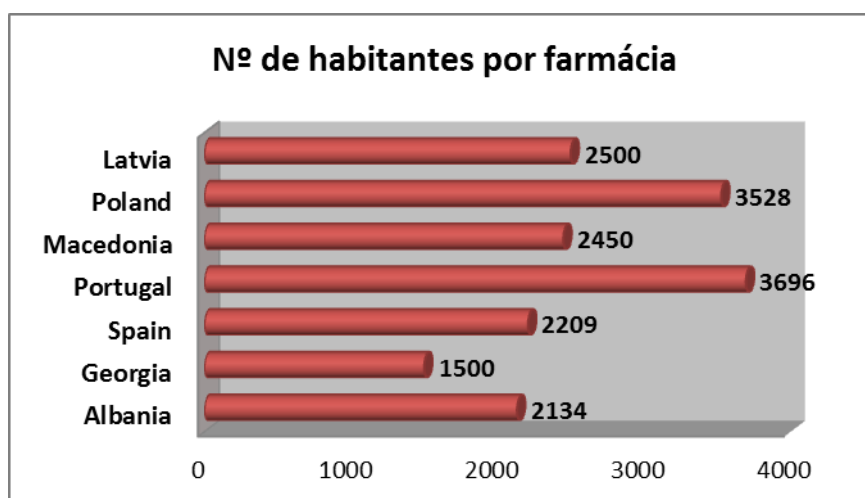


Figura 5.3 Representação gráfica do número de habitantes por farmácias por país participante.

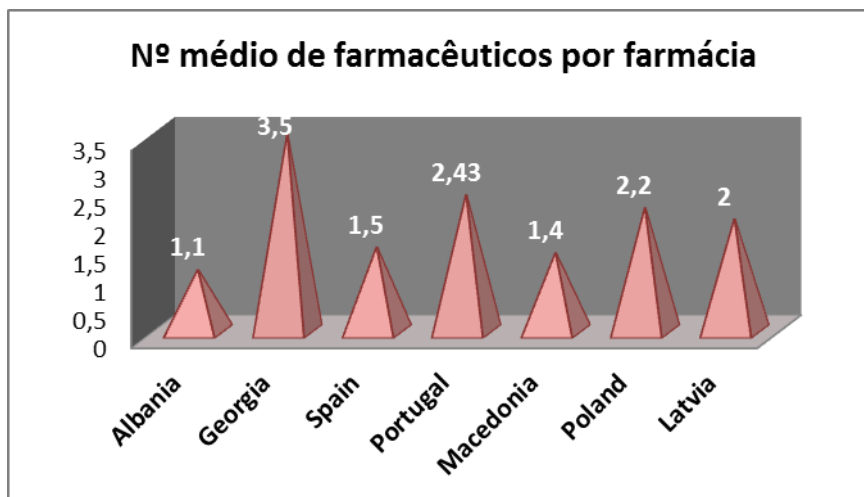


Figura 5.4 Representação gráfica do número médio de farmacêuticos por farmácia por país participante.

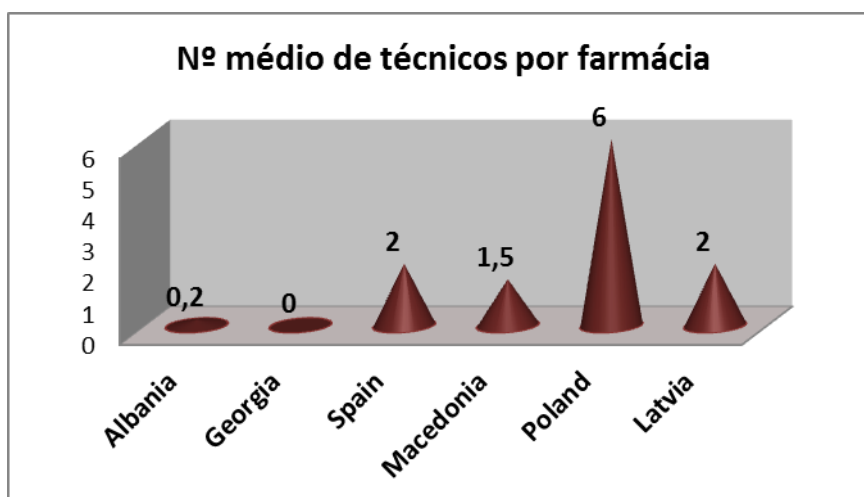


Figura 5.5 Representação gráfica do número médio de técnicos por farmácia por país participante.

Relativamente ao tipo de serviços prestados nas farmácias comunitárias, dos países respondentes, os dados revelam-nos uma tímida implementação da sua maioria, destacando-se a administração da terapêutica com cerca de 57% de implementação e a revisão da terapêutica, programas de CF e programas de educação para a saúde referidos por Espanha, Portugal e Letónia. A referência à existência deste tipo de serviços nos dados recolhidos poderá reportar-se a casos pontuais uma vez, que não temos aqui acesso à verdadeira taxa de implementação nacional.

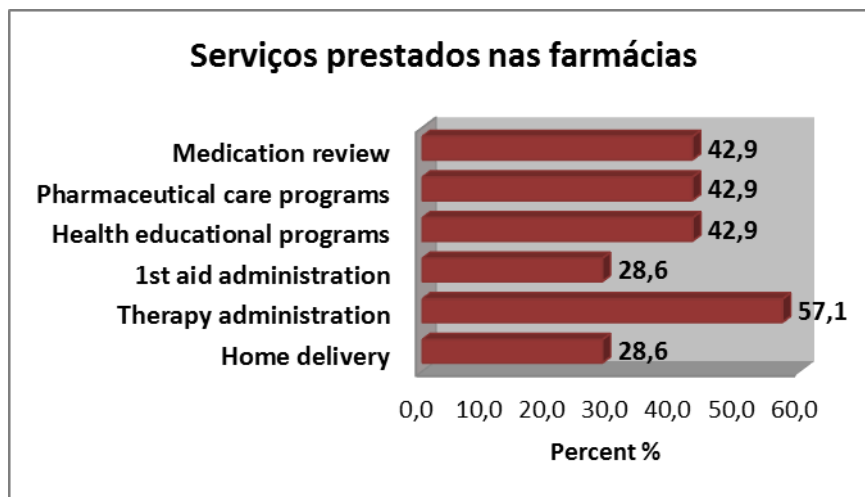


Figura 5.6 Representação gráfica da frequência dos países que apresentam os tipos de serviços descritos.

5.1.2 Caracterização das farmácias comunitárias recrutadas para o estudo

O formulário *Field researcher questionnaire* foi destinado ao observador e disponibilizou informação sobre a caracterização de cada farmácia integrada no estudo, bem como, barreiras e/ou limitações detetadas por este colaborador no âmbito do estudo piloto de aplicabilidade dos indicadores.

O número total de farmácias recrutadas para o estudo foi inicialmente de 31, sendo que apenas 29 concretizaram a resposta aos formulários. A sua distribuição por país colaborador e segundo a sua localização está expressa na tabela infra.

Tabela 5.8 Tabela das farmácias participantes no estudo segundo a sua localização e por país

		Localização				Total
		Urbana	Suburbana	Rural	Outra	
Países colaboradores	Albânia	4	1	0	0	5
	Dinamarca	1	0	0	0	1
	Geórgia	1	0	0	0	1
	Macedónia	6	0	0	0	6
	Moldávia	1	0	0	0	1

	Polónia	1	0	0	0	1
	Portugal	0	3	2	0	5
	Espanha	5	0	1	1	7
	Letónia	1	0	0	0	1
	Croácia	1	0	0	0	1
Total		21	4	3	1	29

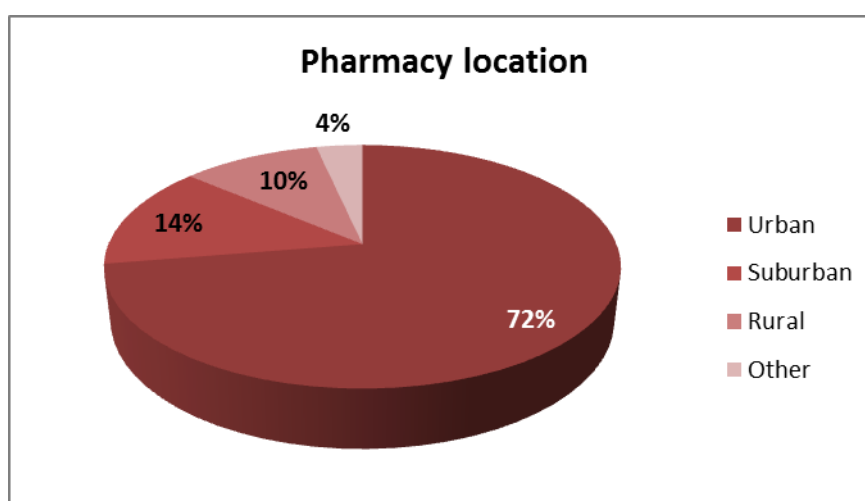


Figura 5.7 Representação gráfica da frequência de farmácias participantes segundo a sua localização.

Relativamente ao nº médio de clientes por dia os valores variam entre 20 e 575 clientes, sendo que correspondem às farmácias urbanas os valores extremos de atendimentos diários (mais elevados e menores) e às rurais valores medianos.

O nº de farmacêuticos que constituem as equipas é em média 2,59 segundo a distribuição no gráfico infra, sendo que as equipas das farmácias urbanas e suburbanas podem apresentar até 5 farmacêuticos e nas farmácias rurais esta assistência é garantida apenas por 1 ou 2 profissionais.

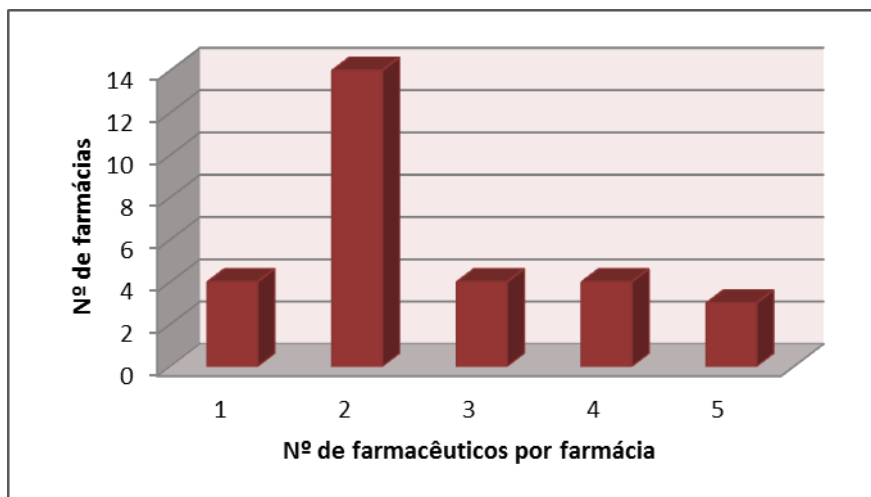


Figura 5.8 Representação gráfica da frequência do número de farmacêuticos por farmácia participante.

As farmácias participantes apresentavam na sua grande maioria equipamento informático de apoio à dispensa contudo, o equipamento que poderia permitir o registo e gestão da terapêutica dos doentes, o registo de monitorização de parâmetros ou a edição de informação escrita personalizada encontrava-se fracamente representado, de acordo com o gráfico abaixo, e essencialmente em algumas farmácias espanholas e portuguesas.

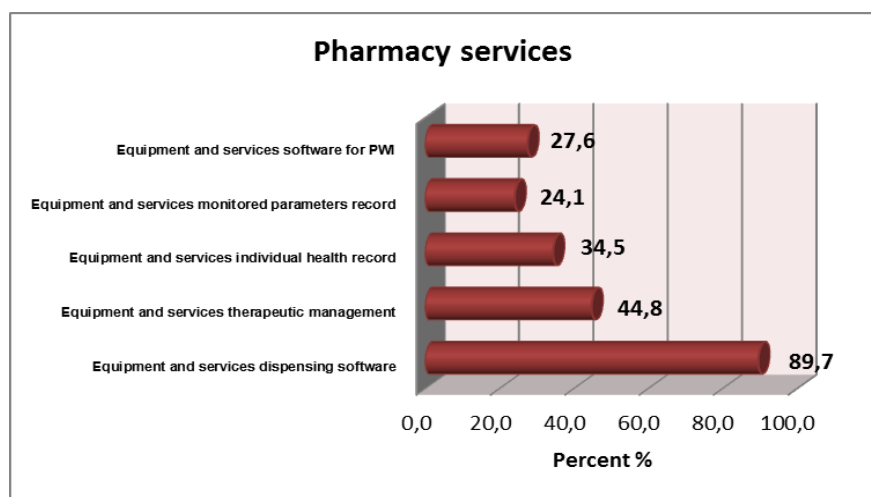


Figura 5.9 Representação gráfica da frequência de farmácias que apresentam os tipos de serviços des-
criminados

O acesso à informação existe, ainda que na sua maioria se refira à pesquisa do RCM e os meios de comunicação atualmente essenciais estão disponíveis, o telefone na totalidade das farmácias, a internet em 93% dos casos e o fax a mostrar que se encontra em desuso.

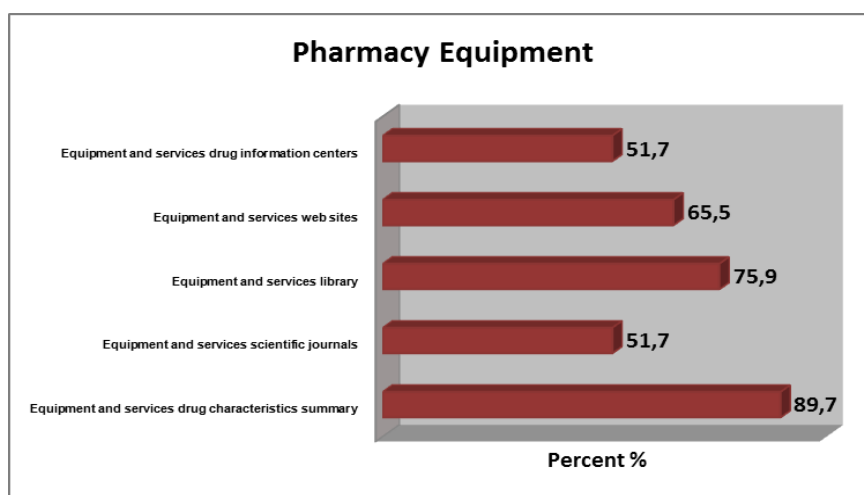


Figura 5.10 Representação gráfica da frequência de farmácias que apresentam os tipos de equipamentos descritos

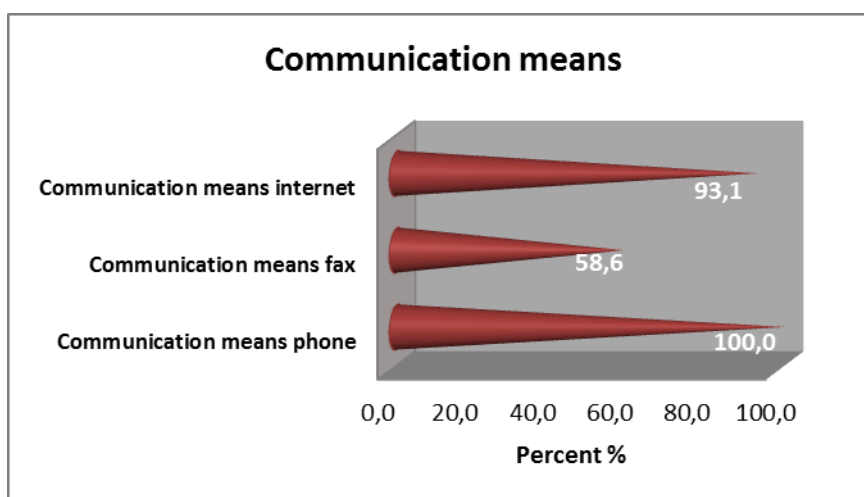


Figura 5.11 Representação gráfica da frequência de farmácias que apresentam os tipos de meios de comunicação descritos.

A escassa existência de gabinete para atendimento personalizado está patente nos dados recolhidos em que apenas farmácias da Dinamarca, Polónia, Portugal, Espanha e

Croácia referem a sua utilização. Se considerarmos a localização das farmácias estudadas é interessante observar que 30% das farmácias urbanas estão apetrechadas com gabinete de consulta, 25% das suburbanas apresentam este serviço e cerca de 67% das de localização rural possuem condições para atendimento privado, levando-nos a concluir que o meio rural não será sinónimo de um serviço menos avançado ou personalizado e que antes este ambiente pode apresentar-se como mais favorável a um melhor acompanhamento dos doentes.

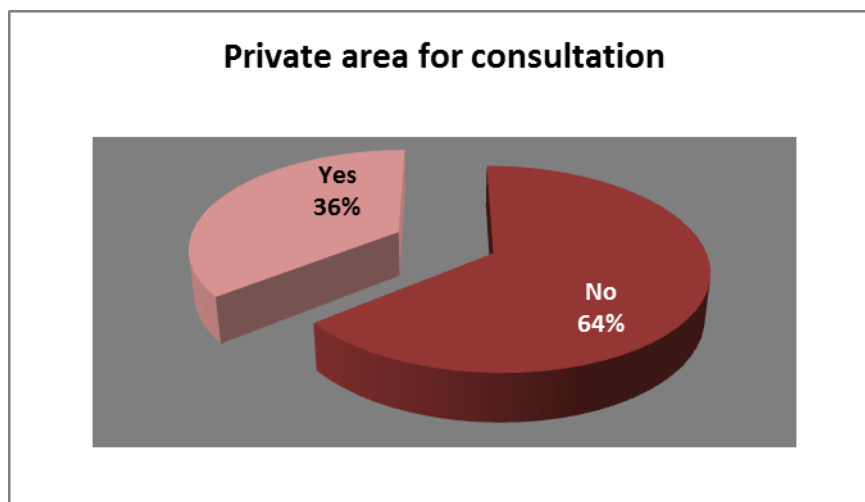


Figura 5.12 Representação gráfica da frequência de farmácias que apresentam uma área privada para consulta.

Relativamente à preocupação das farmácias com a formação contínua dos seus funcionários, cerca de 75% efetua esta atividade fora do espaço da farmácia, sendo esta a preferência para as farmácias urbanas e rurais. Cerca de 45% realiza formação internamente, sendo que a Albânia, Geórgia, Moldávia, Polónia, Croácia e Letónia não praticam formação no espaço das suas farmácias. Esta formação é levada a cabo com uma frequência superior a 2xano em mais de 60% das farmácias.

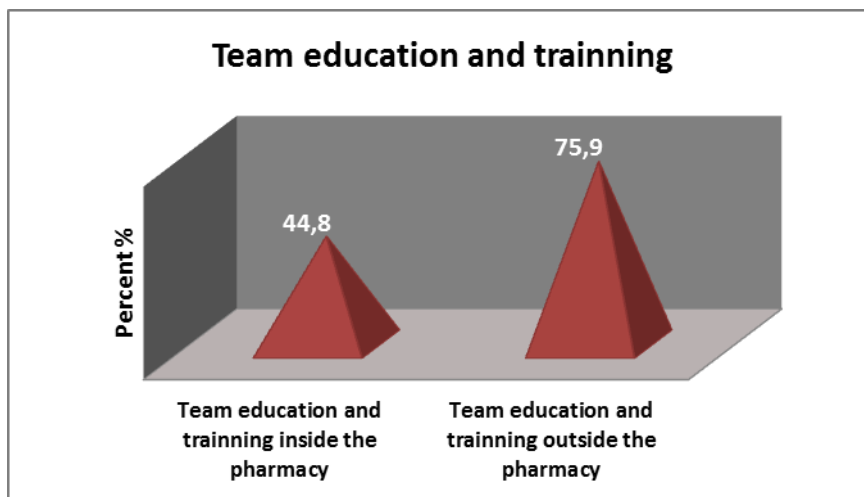


Figura 5.13 Representação gráfica da frequência de farmácias que realizam formação interna ou externa da sua equipa.

A formação especificamente na área da comunicação acontece em cerca de metade das farmácias respondentes, segundo a tabela abaixo por estado colaborador. As farmácias de tipologia rural e suburbana revelam uma preocupação praticamente nula com esta área de formação assim como os estados da Macedónia, Polónia e Letónia.

Tabela 5.9 Tabela do número de farmácias participantes que realizam formação sobre comunicação e por país

		Communication skills training		Total
		No	Yes	
Collaborator country	Albania	0	2	2
	Denmark	0	1	1
	Georgia	0	1	1
	Macedonia	2	3	5
	Moldova	0	1	1
	Poland	1	0	1
	Portugal	5	0	5
	Spain	3	3	6
	Latvia	1	0	1
	Croatia	0	1	1
	Total	12	12	24

Em particular para as farmácias recrutadas, a ocorrência de contacto com outros profissionais de saúde foi mencionada pela maioria como frequente sendo que apenas países como a Albânia e a Geórgia referiram grandes limitações nesta comunicação. As barreiras no contacto principalmente com o médico verificam-se em algumas farmácias de carácter urbano e prendem-se com a dificuldade em comunicar com este profissional nos Centros de Saúde e Hospitais

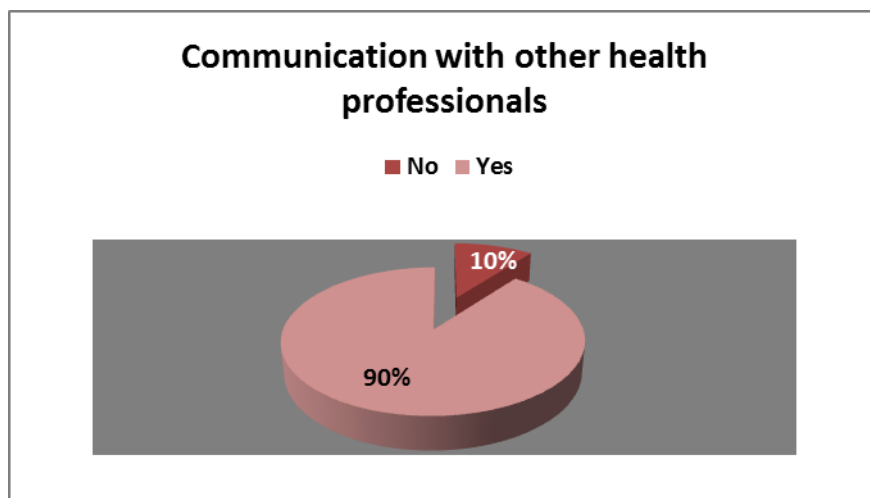


Figura 5.14 Representação gráfica da frequência de farmácias que afirmam comunicar com outros profissionais de saúde.

O primeiro profissional a ser referenciado como objeto de comunicação foi o médico e o contato com este classificado como comum (57%) ou ocasional (38%). O segundo profissional assinalado foi o enfermeiro, sendo o contacto estabelecido de forma comum ou ocasional em 44% dos casos e raramente em 12%. Finalmente a comunicação com outros profissionais é referida como comum e o profissional mais referido são os farmacêuticos.

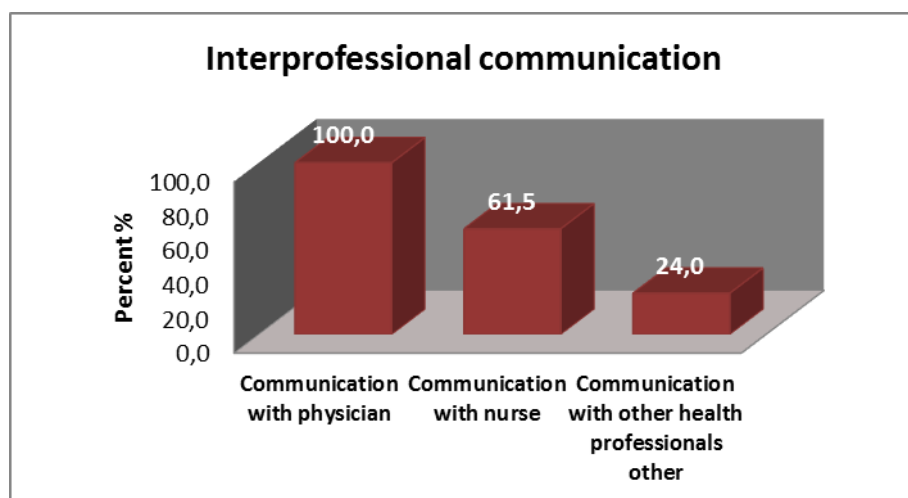


Figura 5.15 Representação gráfica da frequência de farmácias que afirmam comunicar com as categorias profissionais descriminadas.

5.1.3 Caracterização dos profissionais de farmácia monitorizados

O formulário *Participating pharmacy professional's questionnaire* foi destinado aos profissionais de farmácia sujeitos a observação e pretendeu recolher informação sobre o próprio e seus comentários/sugestões face aos indicadores.

Os profissionais de farmácias monitorizados no âmbito do estudo piloto, num total de 34 funcionários, apresentavam uma média de idades de 41 anos com valores entre os 24 e os 66 anos e estavam representados de uma forma mais significativa pelo género feminino (85%). Os anos de prática profissional oscilavam entre 1 e 40 anos.

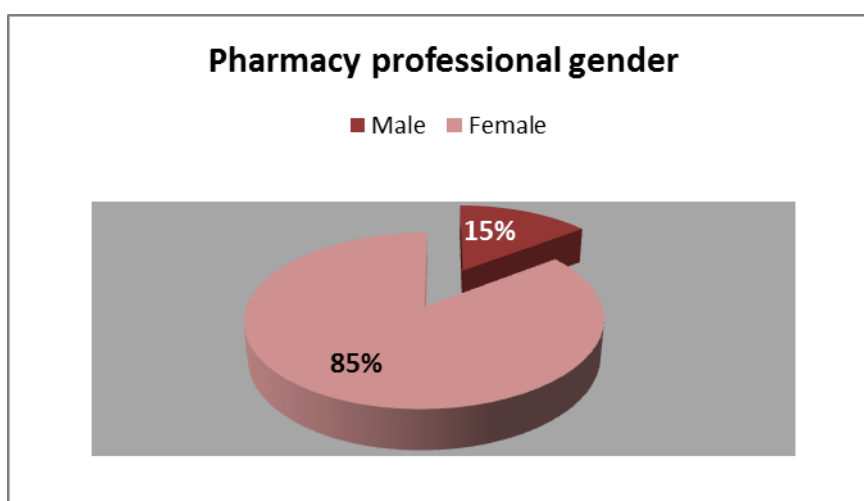


Figura 5.16 Representação gráfica da frequência de profissionais de farmácia segundo o seu género.

Os profissionais observados foram essencialmente farmacêuticos (diretores técnicos ou não) e Portugal o país que monitorizou maior nº de técnicos de farmácia com 6 num total de 12 funcionários observados.

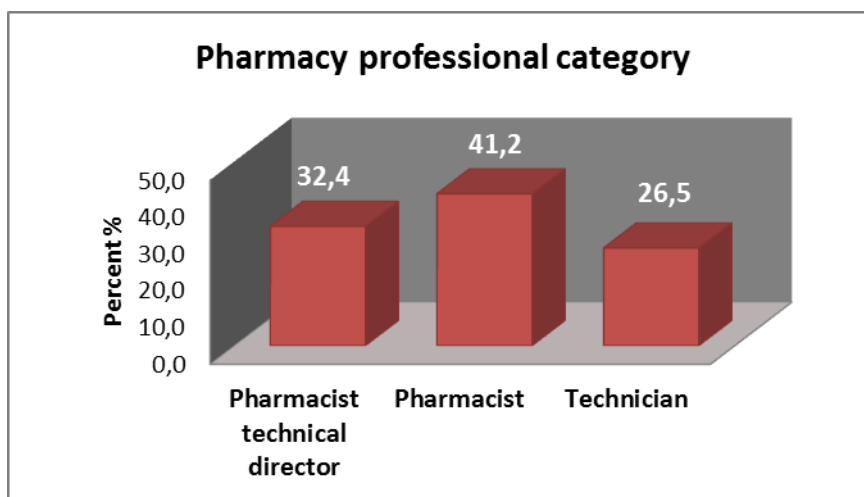


Figura 5.17 Representação gráfica da frequência de profissionais de farmácia observados segundo a categoria profissional.

5.1.4 Comentários e ajustes ao desenho dos indicadores de Comunicação

5.1.4.1 Feedback inicial dos países colaboradores

A disponibilização do manual de aplicação dos indicadores e respetivos instrumentos aos coordenadores de cada país colaborador, gerou um primeiro fluxo de informação resultante das suas análises aos referidos documentos, que poderemos designar como validação facial dos indicadores.

Esta primeira abordagem dos indicadores e de todos os materiais de apoio pelos responsáveis em cada país pela condução do estudo piloto de aplicabilidade, concorreu essencialmente para a melhoria da operacionalização destes instrumentos.

As questões, comentários e sugestões suscitadas refletem, logo desde esta fase inicial, a diversidade de realidades europeias no âmbito dos CF.

Os aspetos focados com maior relevância encontram-se expostos na tabela infra, bem como, o país da sua autoria e respetiva afinação desencadeada nos materiais originais.

Tabela 5.10 Tabela *feedback* países colaboradores

Comentário	País autor	Alvo	Afinação resultante
<p><i>"In the Netherlands most prescriptions are being dispensed by pharmacy technicians. Only if there is a problem or difficult the pharmacist will dispense the medicine to the patient. Pharmacists will review prescriptions afterwards"</i></p> <p><i>"[...] physicians are also dispensing drugs, so a lot of pharmacies have only one pharmacist on staff, it will not be possible to supervise several pharmacists [...]"</i></p>	<p>Holanda</p> <p>Suíça</p>	C1 e C2	<p>(Alteração/Adição) A observação estende-se a todos os profissionais da farmácia comunitária que realizem dispensa nos C1 e C2 e não apenas ao farmacêutico.</p>
<p><i>"Qual a localização do observador dentro da farmácia durante a observação?"</i></p> <p><i>"The fieldwork researcher should be able to hear the conversation?"</i></p>	<p>Portugal</p> <p>Holanda</p>	C1 e C2	<p>(Esclarecimento + alteração/adicação) O observador deverá estar posicionado de forma a captar informação sobre os atendimento/eventos de comunicação a acontecer mas, sem necessidade de ouvir o conteúdo da conversa e sem trazer constrangimentos aos doentes e aos profissionais.</p>
<p><i>"Os profissionais alvo de observação deverão ser informados sobre o conteúdo do estudo?"</i></p>	Portugal	C1 e C2	<p>(Esclarecimento + alteração/adicação) A informação deverá ser completa para a direção da farmácia mas aos profissionais apenas a informação mínima que lhes permita colaborar respeitando aspectos éticos.</p>
<p><i>"Observation for 30 prescriptions or 30 NEW prescriptions for each professional?"</i></p>	Holanda	C1	<p>(Esclarecimento) 30 novas prescrições.</p>
<p><i>"The maximum observation time is a maximum of 8 hours, or 30 for-</i></p>	Holanda	C1 e C2	<p>(Esclarecimento) O tempo de observação máximo será quan-</p>

Comentário	País autor	Alvo	Afinação resultante
<p><i>mularies, or all pharmacy professionals?"</i></p> <p><i>"It seems quite tedious, if the pharmacy is not a very busy one."</i></p> <p><i>"You expected us to collect 30 fulfilled annexes C1 and another 30 for C2, or 30 together?"</i></p>	<p>Espanha</p> <p>Polónia</p>		<p>do um destes índices for alcançado: 30 formulários preenchidos para cada indicador, todos os profissionais da farmácia observados ou 8 horas de tempo total de observação. Cada profissional deverá ser acompanhado por períodos de 30 minutos que se repetirão até à concretização de um dos critérios anteriores.</p>
<p><i>"I think it is very difficult to study more than one person"</i></p>	Holanda	C1 e C2	<p>(Esclarecimento + alteração/adição) Confirma-se que o observador deverá estar focado em 1 profissional de cada vez, durante um período de 30'.</p>
<p><i>"I do not understand how to manage to know how many are missed to affirm we have not missed more than 25%"</i></p> <p>"A revisão dos atendimentos com o profissional de saúde é essencial para completar a informação?"</p>	<p>Espanha</p> <p>Portugal</p>	C1 e C2	<p>(Esclarecimento + alteração/adição) Necessidade de conferência pós período de observação (30'), com o profissional e com apoio de registo informático das vendas, o total de atendimentos e o número de interações de acordo com a sua natureza e ainda completar a informação.</p>
<p>"A quantificação para cada indicador parece difícil de obter, por exemplo nº de 1ª prescrição com comunicação/ nº total de 1ª prescrição."</p>	Portugal	C1, C2 e C3	<p>(Esclarecimento) Neste estudo piloto apenas se pretende testar a sua exequibilidade mas, numa verdadeira utilização dos indicadores constituem importantes medidas quantitativas da comunicação essenciais numa fase em que ainda pretendemos saber se pelo menos se comunica na farmácia antes de pretendermos aferir se se comunica bem.</p>
<p>"Sugestão de criação de um novo formulário que permitisse o registo rápido dos eventos de comunicação para cada período de 30' de observação."</p>	Portugal	Desenho	<p>(Alteração/adição) Criação de um novo instrumento C0 que permita acompanhar e registar de uma forma rápida a totalidade dos diversos atendimentos verificados durante cada período de 30' de observação.</p>

Comentário	País autor	Alvo	Afinação resultante
			A cada atendimento poderá então corresponder posteriormente o preenchimento de C1 ou C2 ou nenhum de acordo com a informação adicional fornecida à posteriori.”
“Trata-se pelo menos 1 novo fármaco ou uma 1ª prescrição?”	Portugal	C1	(Esclarecimento + alteração/adição) Refere-se o C1 a pelo menos 1 medicamento a ser realizado pela primeira vez.
“Poderiam ser incluídas na questão 4, informação dispensada sobre a indicação/indicações do/s fármaco/s e sobre medidas não farmacológicas.”	Portugal	C1	(Alteração/adição) Adição das hipóteses sugeridas.
“ Seria interessante avaliar o interesse e técnica utilizada pelo profissional na detecção das 1ªs prescrições como situações que carecem de uma informação particular.”	Portugal	C1	(Esclarecimento + alteração/adição) Adição de uma primeira questão sobre este assunto.
“Poderia ter interesse uma pequena descrição da situação em C1 e C2, por exemplo terapêutica crónica/aguda.”	Portugal	C1 e C2	(Alteração/adição) Adição sobre o contexto da terapêutica dispensada – aguda/crónica.
<i>“If the same patient have 1st prescribed medicine and is given written information about OTC medication, should we indicate the C1 and C2 with the same number?”</i>	Polónia	C1 e C2	(Esclarecimento) Não será necessária a numeração por doente uma vez que o nosso foco não são estes mas sim eventos de comunicação.
<i>“...in Netherlands this (PWI) happens very rarely...and measuring it seems not very useful.”</i>	Holanda	C2	(Esclarecimento) O fornecimento de PWI não relacionada com prescrição está relacionado com a prestação de serviços farmacêuticos mais avançados, o que nos parece interessante medir de forma a conhecermos o panorama geral da sua existência e equacionarmos medidas necessárias.
<i>“The C2 can be about the use of medication or health aid to treat minor ailments?”</i>	Espanha Portugal	C2	(Esclarecimento + alteração/adição) Necessidade de modificar ligeiramente e me-

Comentário	País autor	Alvo	Afinação resultante
“O pedido isolado apenas de informação pelo doente é um evento raro. O aconselhamento acontece frequentemente por iniciativa do próprio profissional sem solicitação. A informação escrita praticamente se restringe à posologia na cartonagem mediante dispensa com receita.”			lhor esclarecer o âmbito do C2 – aconselhamento através de informação escrita personalizada face a pedidos de aconselhamento sobre medicação ou condições, bem como, mediante a dispensa de OTC.
<i>“In Switzerland it is common to provide package inserts and an individually printed label (patient identification, dosage regimen, drug info, dispensing pharmacy, some precautions) [...] also have pre-prepared/pre-printed materials for specific illnesses [...] organises self-care campaigns about certain health conditions [...]. What concerns me is that we basically imply that PC is inappropriate when no additional material is distributed [...] this is not necessarily true when the required information is complete [...]</i>	Suíça	C2	(Esclarecimento) O “individually printed label” dispensado na farmácia Suíça constitui um exemplo de PWI.
<i>“Do you consider a drug schedule written information? It would perhaps be useful to make examples.”</i>	Suíça	C2	(Esclarecimento + alteração/adição) Uma escala de posologia se for escrita de forma personalizada para o doente é assumida como PWI. Adição de exemplos de situações para C2 de forma a melhor contextualizar este indicador.
<i>“It might be pretty difficult to track pharmacy-provider-interactions retrospectively [...] the approach of leaving forms for completion might be most beneficial in case of Swiss participants.”</i>	Suíça	C3	(Esclarecimento + alteração/adição) Recolha de informação neste indicador de forma prospectiva através do preenchimento pelo farmacêutico do formulário relativo às interações com o médico durante o período dos 30 dias seguintes.
<i>“Maybe an interval of 30 days (prospectively) would be too long. DRPs occur quite often and also contacts</i>	Holanda	C3	(Esclarecimento + alteração/adição) A sugestão de 30 dias foi baseada na realidade

Comentário	País autor	Alvo	Afinação resultante
<i>with the prescribers happen often. Is it also possibly to agree on a maximum of 30 completed C3 formularies?"</i>			portuguesa, contudo, perante o cenário na Holanda, 30 formulários C3 completos é um excelente resultado e podemos considerar como um índice a alcançar, ou seja, 30 dias ou 30 C3 completos.
<i>"In my country up to this moment does not exist any official order to declare DRPs."</i>	Albânia	C3	(Esclarecimento) O registo poderá ser realizado de forma prospectiva durante o mês seguinte sem obrigação de declaração.
<i>"In general pharmacists do not communicate with physicians [...] only pharmacists that have pharmacy close to hospitals [...]"</i>	Albânia	C3	(Esclarecimento) No caso de não existir qualquer evento de comunicação interprofissional é essa a informação que deverá constar.
<i>"I'm not sure where missing information – legibility, dose, interval, generic/brand, therapy duration, would fit in?"</i>	Espanha	C3	(Alteração/adição) Revisão e alargamento da listagem de DRPs no formulário para o indicador C3.
<i>"If pharm-prescriber contact was done due to few problems in one patient, we should fulfill separate C3 for each problem, or indicate few problems in point 1?"</i>	Polónia	C3	(Esclarecimento + alteração/adição) Neste caso o preenchimento deverá ser de apenas 1 formulário C3, envolvendo todos os DRPs detetados, uma vez que o fazemos por evento de comunicação.
<i>"Would it be useful to separate this two doctor feedback reactions, positive or negative?"</i>	Suíça	C3	(Alteração/adição) Separação da primeira opção de resposta à questão 5 em dois itens separados.
<i>"About services implemented in the pharmacy, there might be a difference between available and really used..."</i>	Suíça	Anexo A4	(Esclarecimento) Serviços implementados serão aqueles que fazem realmente parte das atividades de rotina da farmácia.
<i>"Annex D point 1.6, refer to education for pharmacists and professionals or education done in pharmacy for patients?"</i>	Polónia	Anexo A4	(Esclarecimento) Refere-se a formação dos profissionais que pode ser conduzida dentro ou fora da farmácia.
<i>"Nos atendimentos de renovação de prescrição (representam a maioria dos atendimentos) existe uma</i>	Portugal	Desenho	(Esclarecimento) Os indicadores em causa tinham nº limite e consideraram-se como momen-

Comentário	País autor	Alvo	Afinação resultante
componente de comunicação para situações como, dificuldade na toma, efeitos adversos, adesão à terapêutica, substituição por genérico e vários outros esclarecimentos, que não estão contemplados nestes indicadores.”			tos mais pertinentes de comunicação, a 1ª prescrição, a PWI e a comunicação com o médico, como detalhado no Manual.
“Não existe qualquer referência à comunicação em gabinete ou durante a determinação de parâmetros analíticos.”	Portugal	Desenho	
“Sugestão de manutenção do C3 e fusão entre C1 e C2 com extensão a eventos de comunicação na renovação de receituário.”	Portugal	Desenho	(Esclarecimento) Aspectos a considerar posteriormente aquando das conclusões finais do estudo.
<i>“I think it would be beneficial to finally develop one glossary for whole Pharm Care group.”</i>		Desenho	(Alteração/adição) Desenvolvimento de um glossário.

Este feedback reativo permitiu constatar desde logo cenários europeus distintos no que se refere à atividade e estruturação da farmácia comunitária, condicionando assim uma certa flexibilidade dos indicadores.

Esta discrepância aparece ilustrada em diversos aspetos como são exemplos, o facto do alvo de observação do estudo não poder ser apenas o farmacêutico uma vez que, em países como a Holanda, é o técnico que assume maioritariamente esta actividade, estando o farmacêutico alocado a outras funções; a necessidade de analisar a forma como a identificação de uma 1ª prescrição era efetuada, já que este foi considerado um aspeto crítico e apenas em países como novamente a Holanda, pela existência de um registo dos doentes e pela fidelização destes a uma só farmácia, esta identificação estava garantida e ainda, a necessidade de monitorizar os DRPs detetados na farmácia e consequente contato com o clínico não através de uma metodologia retrospectiva, como inicialmente desenhado, mas de forma prospetiva já que apenas alguns países, Holanda e Espanha, apresentam um registo destes, sendo que neste último o registo é dos que são efetuados por escrito (carta).

A destacar igualmente a dificuldade de entendimento sobre o âmbito do indicador dedicado à dispensa de informação escrita personalizada (C2) visto que novamente apenas alguns países, como a Suíça, referem a disponibilização de rótulo individualizado e de folhetos para condições específicas pré-impressos mas não personalizados aos utentes

Este conjunto de informações permitiu igualmente estruturar de forma mais eficaz a operacionalização dos indicadores, o que nos remete para a importância de criar instrumentos aplicáveis à atividade da farmácia comunitária e não conceitos teóricos divorciados do contexto real, como parece acontecer com o de Cuidados Farmacêuticos.

Em particular sobre o desenho dos indicadores foi sugerida a eventual fusão entre os indicadores da comunicação com o doente (C1 e C2) e a extensão da análise a outros momentos relevantes no contexto da generalidade das interações ocorridas em farmácia comunitária. Curiosamente esta sugestão volta a ser referida em outras etapas do estudo.

Apresentamos abaixo de forma mais sucinta e esquematizada o conjunto das afinações mais relevantes (major), por indicador, permitindo assim a sua melhor compreensão.

Tabela 5.11 Tabela Súmula das afinações

Indicador C1
Primeira prescrição significa pelo menos um novo medicamento
Adição de questão sobre a técnica para deteção de 1ª prescrição
Indicador C2
Alargamento do âmbito do indicador para eventos de pedido de aconselhamento sobre medicação ou condição e dispensa não associada a receita (por exemplo OTC)
Indicadores C1 + C2
Extensão da observação a todos os profissionais da farmácia que dispensam medicamentos
Observador localizado na zona de público de forma discreta, assinalando todos os eventos de comunicação.
Criação do formulário C0 que visa permitir o registo na zona de atendimento de todos os eventos de comunicação.
Tempo de observação será assim que se esgote um dos critérios - 30 formulários preenchidos ou 8 horas de observação ou todos os profissionais da farmácia.

Cada profissional deve ser observado por períodos de 30 minutos, seguidos de confirmação dos dados.

Necessidade de rever, ao fim de cada período de 30 minutos, os eventos observados com cada profissional e apoio do registo de vendas informático, de forma a permitir identificar o tipo de situação, completar a informação e evitar um viés de memória.

Informar os profissionais a serem observados com dados mínimos que permitam a sua colaboração mas evitando um viés de atenção acrescida.

Adição de questão que visa identificar o tipo de condição em que foi prestado o aconselhamento (aguda/crónica).

Extensão da observação a outros momentos de comunicação – *refill*, monitorização de parâmetros, atendimento em gabinete.

Fusão dos indicadores C1 e C2 e sua extensão a outros contextos de comunicação na farmácia comunitária.

Indicador C3

Transição de uma abordagem retrospectiva para prospetiva e durante 30 dias ou até 30 formulários.

Alargamento da listagem de tipos de DRP detetados na farmácia.

Este primeiro conjunto de informações (*feedback* inicial) sobre o desenho dos indicadores desencadeou alterações e afinações nestes antes da sua aplicação no terreno.

Um segundo momento aconteceu aquando da implementação no terreno dos materiais renovados fruto da afinação a que foram previamente sujeitos. Este momento permitiu identificar limitações aos indicadores através dos resultados da boa ou má utilização dos instrumentos e através das questões abertas existentes nos formulários para o observador e para os profissionais da farmácia. Foi ainda possível o confronto destas informações com as observações já previamente efetuadas pelo responsável do estudo em cada país.

Os comentários obtidos com maior relevância, da autoria dos **observadores do estudo** nas farmácias, estão refletidos na tabela infra por país colaborador. Não foi possível recolher comentários dos países, Holanda, Suíça, Espanha, Letónia, Polónia e Croácia.

Tabela 5.12 Tabela Barreiras e/ou limitações aos indicadores

País	C1	C2	C3
Albânia	Falta de documentação independente de suporte e de for-		Sem tratamento de

País	C1	C2	C3
	mulários de medicamentos e OTCs atualizados. Necessidade de protocolos de tratamento. Sem gabinetes para aconselhamento privado. Falta de formação sobre CF, não está integrado no curriculum académico. Falta de ferramentas de comunicação. O próprio FI não se encontra traduzido para a língua local.		problemas de segurança, eficácia ou qualidade. Sem legislação sobre farmacovigilância.
Geórgia	Aconselhamento verbal é muito frequente para terapêuticas iniciais ou crónicas. Informação impressa é praticamente inexistente. Capacidades técnicas e educacionais ainda limitadas. Necessidade de uma melhoria nos padrões educacionais e económicos que se refletirão na qualidade dos CF.		Não acessibilidade aos contactos dos médicos.
Moldávia		Maioria da informação é transmitida oralmente.	Sem registo de DRPS detetados. Contatos raros.
Portugal		Utentes pouco alfabetizados, por vezes necessidade de utilização de símbolos. Informação escrita praticamente se limita à posologia na cartongem da embalagem. Informação escrita não poderá estar limitada a um pedido desta. Possibilidade de fusão C1 com C2.	Por vezes indisponibilidade dos médicos ou funcionários que dificultam o acesso a estes. Período prospetivo de pelo menos 1 mês para permitir uma recolha de material significativa. Vários aspetos motivam o contato com o médico – letra ilegível, medicamento esgotado, descontinuado, erro na dosagem, faltas de informação. Por vezes é solicitado ao doente que estabeleça o contato com o médico.
Portugal	Questionários em Português. Necessidade de estabelecer guião prévio com a informação a disponibilizar ao profissional, de forma a contar com a sua colaboração, sem influenciar de forma significativa o seu comportamento. Observador altera comportamentos. Considerável diferença em momentos seguintes de observação em que o observador já não constituía um elemento estranho. Necessidade clara de um instrumento que permita à priori registar todos os eventos (C0). Após um período de observação limitado será necessário completar a informação com o profissional. Clara dificuldade no completar de informação quando não existe suporte informático. O aconselhamento pelo profissional é espontâneo mas não com grande profundidade de informação. Falta claramente a avaliação da informação trocada no âmbito do refil		

País	C1	C2	C3
	uma vez que são abordados problemas de adesão e efeitos adversos. Importante momento é igualmente a comunicação estabelecida aquando da monitorização de parâmetros.		
Macedónia	O aconselhamento em novos medicamentos acontece essencialmente em pediatria e dermatologia.	Os OTC e medicamentos naturais não são encarados pelos doentes como medicamentos, pelo que não abordam a sua utilização com o farmacêutico.	Falta de tempo para registo das atividades farmacêuticas. Formulário pouco claro com necessidade de explicação prévia, já que são preenchidos pela própria farmácia.
Dinamarca		Eventos muito raros a informação é essencialmente veiculada oralmente.	

Os comentários geraram, relativamente ao desenho dos indicadores, diversas sugestões que visam melhorar a tarefa do observador no registo dos eventos de comunicação.

Os comentários apresentados permitem-nos perceber que o aconselhamento é essencialmente dispensado na forma oral e ainda assim algumas limitações são assinaladas associadas à formação pouco dirigida. Para a disponibilização de informação escrita foram referidas limitações interessantes que nos conduzem à reflexão de que as metodologias de comunicação carecem ser cuidadosamente estudadas e estruturadas.

São apontadas algumas dificuldades na aplicação do indicador C3 pela falta de registos e alguns obstáculos no contacto com o médico.

A informação de maior pertinência, fornecida pelos **profissionais observados**, apresenta-se organizada na tabela infra de acordo com o país contribuinte. Não foi possível a recolha de dados, devido à falta de preenchimento dos campos respetivos, para os países Holanda, Suíça, Letónia, Polónia, Croácia, Dinamarca, Moldávia e Geórgia.

Tabela 5.13 Tabela Barreiras/limitações/sugestões/comentários aos indicadores

País	C1	C2	C3
Albânia	Necessidade de inclusão dos CF no curriculum universitário. Falta de conhecimento técnico que suporte o aconselhamento.	Dificuldade em apresentar na forma escrita precauções ou efeitos adversos para cada atendimento. Falta de <i>software</i> que proporcione a execução deste tipo de informação. Necessidade de tradução da documentação dos medicamentos (RCM, FI) para a língua local.	Sem atividade de farmacovigilância. Colaboração ocasional com outros profissionais clínicos.
Espanha	A presença de um observador pode condicionar inibição ou melhor performance pelo profissional e desconforto no doente. Por vezes não sabemos se se trata de uma primeira prescrição.		As comunicações com o médico, por escrito, são registadas, o mesmo já não acontece com as interações telefónicas.
Portugal	Dificulta a comunicação o facto da informação escrita pelo médico na prescrição ser por vezes ilegível. Muitos utentes africanos e idosos com dificuldades de entendimento relativamente às informações disponibilizadas. Nem sempre identificamos se se trata de uma primeira prescrição. Dificuldades na utilização dos indicadores quando o nº de atendimentos por dia é extremamente reduzido. Interesse talvez a medição do tempo despendido por atendimento. Documentação deveria estar em Português. A presença do observador pode alterar a prestação do profissional.	Informação de posologia escrita na embalagem. Utentes analfabetos ou com dificuldades de visão para quem a informação escrita é pouco útil. Facilitaria o processo se existissem guias de tratamento informatizados. Deveria existir um conjunto de símbolos pré estabelecido para utentes incapazes de ler.	O contato é estabelecido com o médico, essencialmente por telefone ou através do doente. O contato com médicos de hospital ou centro de saúde, em tempo útil, é muito complicado. Quando se consegue contactar a comunicação é realizada com sucesso.
Macedónia	Os doentes não esperam aconselhamento por parte do farmacêutico.		Nem sempre o contato com o médico é possível.

Neste conjunto de comentários está patente a dificuldade na detecção de uma primeira prescrição quando não existe um sistema de registo dos doentes que o agilize.

Novamente a dificuldade em transmitir informação, principalmente na forma escrita, aparece referida, pelo fraco nível de alfabetização da população, falta de visão da faixa idosa, existência de grupos específicos (por exemplo africanos) com dialetos próprios e falta de formação técnica dos profissionais. Sobre este aspeto surge ainda menção à dificuldade em fornecer informação escrita mais detalhada sobre precauções ou efeitos adversos em cada atendimento.

A conclusão a que podemos chegar é que a farmácia para fornecer um serviço útil e com qualidade precisa debruçar-se sobre quais são as características e expectativas dos seus “clientes” e ajustar os procedimentos que realiza para conseguir dar a resposta que considera mais adequada e isto poderá passar pela existência de um registo organizado dos doentes, das ações que desenvolve e da informação que dispensa e pela criação de um conjunto de estruturas e materiais que permitam a sua intervenção eficaz na saúde dos seus doentes.

5.1.5 Caracterização dos eventos de comunicação observados

Apresentam-se em seguida alguns resultados derivados do estudo de usabilidade após aplicação dos indicadores aqui desenvolvidos.

A informação recolhida foi suficientemente interessante para ilustrar diferentes comportamentos na prática farmacêutica nos países que participaram no estudo, apesar das limitações em termos de dimensão de amostra. A este propósito foi experimentado o teste de independência do Chi-quadrado para tabelas de contingência, contudo, na generalidade não estavam reunidas as condições necessárias para a aplicabilidade do teste (mais de 50% células com valor esperado inferior a 5).

5.1.5.1 Professional-patient episodes registration (C0)

O formulário *Professional-patient episodes registration* (C0-AnexoA9) foi criado após uma fase inicial de teste pela necessidade de monitorizar, na zona de atendimento, os eventos selecionados mediante a totalidade de eventos ocorridos. Este instrumento pretende auxiliar o observador no registo dos eventos de comunicação verificados, durante cada período de 30 minutos, e permite, através de consulta direta ao profissional observado e suporte do registo informático das vendas, preencher então C1 ou C2 de acordo com o conteúdo da interação.

Não fizeram utilização deste mais recente formulário a Holanda, a Suíça, a Espanha, a Moldávia, a Geórgia e a Albânia.

Para os países que adotaram o instrumento C0 foram observados um total de **402** interações associadas a uma 1ª prescrição, dispensa de um OTC, *refill* de terapêutica e ainda 14 eventos de outra tipologia, com a distribuição por país de acordo com a tabela infra.

O *refill* de terapêutica e a dispensa de OTC, segundo estes dados, assumem a maior expressão de entre as interações ocorridas no atendimento em farmácia.

Tabela 5.14 Tabela de distribuição dos eventos de comunicação de acordo com a sua natureza.

Country	C0 number	First prescription events	OTC events	Refill events	Other events
Portugal	49	22	40	35	1
Macedonia	6	2	27	18	2
Denmark	1	2	2	6	0
Poland	10	20	20	12	2
Latvia	11	3	5	41	1
Croatia	6	18	7	25	8
Total	83	67	101	137	14

Pelo gráfico abaixo é perceptível que a grande maioria das situações de 1ª prescrição (82%) estiveram associadas a alguma forma de aconselhamento, oral em 12% dos eventos, escrito em 18% das interações e 52% apresentaram ambas as formas. De salientar os 18% em que não se verificou qualquer comunicação associada à dispensa. Deste modo, podemos afirmar que o momento de interação numa nova prescrição é entendido como sensível e a justificar o aconselhamento reforçado com a presença da forma escrita e oral, ainda assim parecem-nos significativos os casos sem qualquer comunicação.

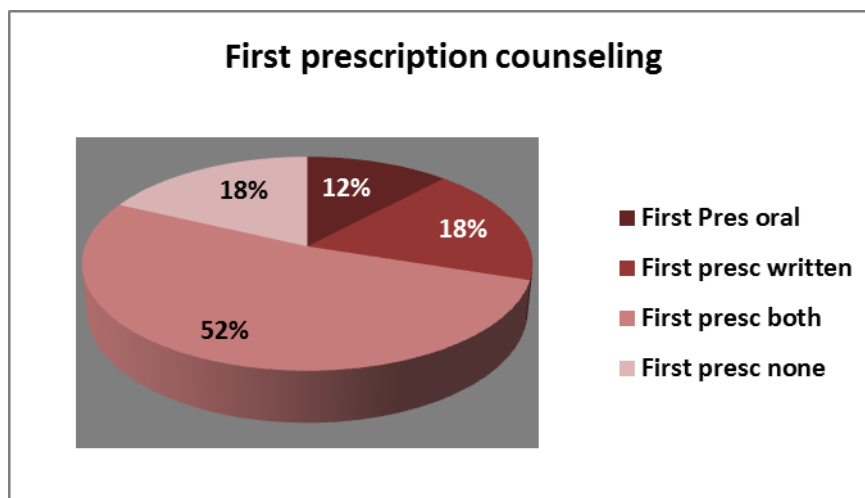


Figura 5.18 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de aconselhamento nos eventos de 1ª prescrição.

A dispensa de OTC em 55% dos casos não registou qualquer tipo de aconselhamento, em 31% dos eventos verificou-se dispensa de informação na forma oral simples e em apenas 14% esteve também associada a forma escrita.

Apesar deste tipo de dispensa estar apenas sujeito à intervenção de um profissional da farmácia (sem prescrição do médico) não é percecionado como um momento importante de intervenção no sentido de garantir um uso racional do medicamento através de um aconselhamento responsável.

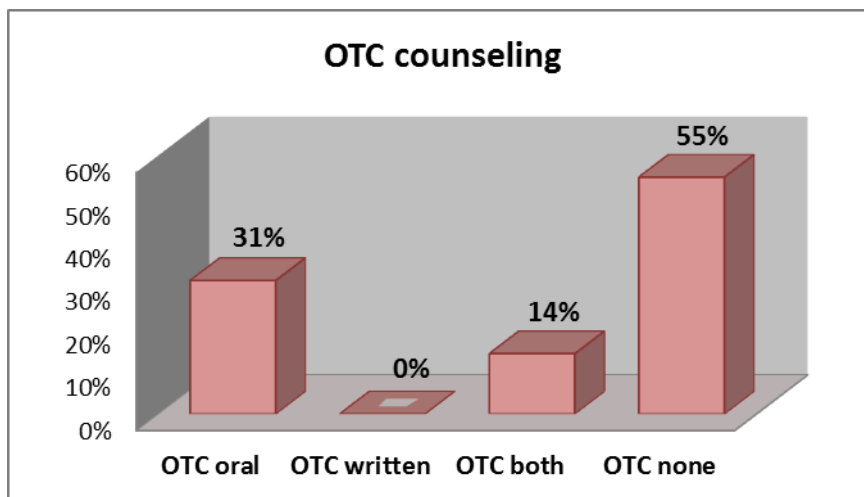


Figura 5.19 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de aconselhamento nos eventos de dispensa de OTC.

A interação durante o *refill* da terapêutica não esteve associada à dispensa de qualquer informação em 47% dos eventos, em 20% surgiu informação escrita na cartonação do medicamento e em 10% aliou-se o conselho escrito ao oral. Novamente uma interação frequente que não é entendida como relevante no contexto da comunicação com o doente ou cuidador.

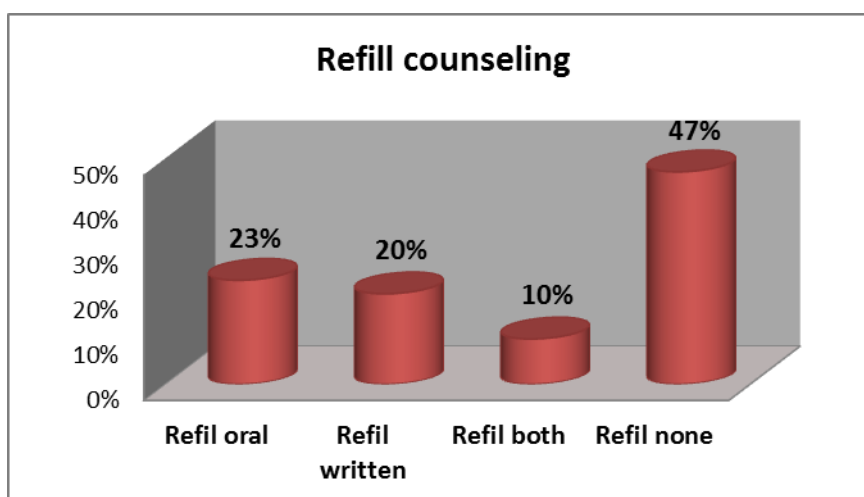


Figura 5.20 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de aconselhamento nos eventos de *refill* da terapêutica.

Segundo o que se encontra explanado na tabela infra para Portugal a maior extensão de aconselhamento verifica-se para a 1ª prescrição ainda que cerca de 30% dos even-

tos não foram contemplados com qualquer dispensa de informação. O aconselhamento está ausente na maioria das interações associadas à dispensa de OTC e ao *refill* da terapêutica.

Na Macedónia a 1ª prescrição pressupõe sempre aconselhamento, na dispensa de OTC 2/3 das interações mereceram informação oral ou escrita e oral, o *refill* registou a menor taxa de comunicação com apenas 27% a receberem conselho apenas oral.

Na Dinamarca prevalece o aconselhamento oral sendo que o *refill* não é considerado um momento crucial de comunicação.

A Polónia apresenta 60% de eventos de 1ª prescrição com as formas oral e escrita associadas no aconselhamento, a dispensa de OTC está mais associada ao conselho oral simples e o *refill* não justifica a comunicação.

A Letónia apresenta 100% de taxa de dispensa de informação escrita + oral na 1ª prescrição e as outras 2 categorias recebem quase sempre algum tipo de aconselhamento.

A Croácia para eventos de 1ª prescrição registou sempre algum tipo de aconselhamento, misto ou pelo menos na forma escrita. A dispensa de OTC justifica igualmente a comunicação na sua maioria com recurso à forma oral. As interações de *refill* da terapêutica não registaram comunicação em 36% dos casos e nos restantes a informação foi preferencialmente dispensada de forma oral.

Este primeiro conjunto de dados sobre a interação com o doente revelou-nos uma comunicação insuficiente na generalidade, principalmente em situações de dispensa de OTC e *refill* da terapêutica, apesar de mostrar uma preocupação acrescida mediante eventos de nova medicação. Esta avaliação é suscitadora de alguma preocupação uma vez que nos parece difícil conceber esta prática profissional sem uma verdadeira comunicação.

Tabela 5.15 Tabela de distribuição dos eventos de comunicação de acordo com a sua natureza e forma de aconselhamento prestado.

Country	CO number	First Pres oral	First presc written	First presc both	First presc none	OTC oral	OTC written	OTC both	OTC none	Refil oral	Refil written	Refil both	Refil none	Other oral	Other written	Other both	Other none
Portugal	49	6	1	8	7	4	0	0	36	14	0	1	20	0	0	0	1
Macedonia	6	0	0	2	0	10	0	8	9	5	0	0	13	2	0	0	0
Denmark	1	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	6	0	0	0	0
Poland	10	0	3	12	5	9	0	1	10	0	0	0	12	0	0	0	2
Latvia	11	0	0	3	0	2	0	3	0	0	24	13	4	1	0	0	0
Croatia	6	0	8	10	0	5	0	2	0	13	3	0	9	5	0	3	0

5.1.5.2 *Initial Counseling Indicator (C1)*

Os resultados obtidos da aplicação deste formulário referem-se aos eventos de dispensa de primeiras prescrições e sua caracterização.

Em cerca de metade das situações é o próprio profissional que questiona sobre a natureza da prescrição o que reflete a importância atribuída a este evento e a preocupação na sua deteção.

O utente também menciona de forma espontânea o início de uma nova terapêutica em cerca de 21% dos casos mostrando a sua necessidade e receptividade à informação da farmácia.

Apenas em 11,3% dos casos a primeira prescrição é identificada devido à existência de registos da medicação dos doentes na farmácia e que estão associados à atividade farmacêutica em Espanha e Dinamarca.

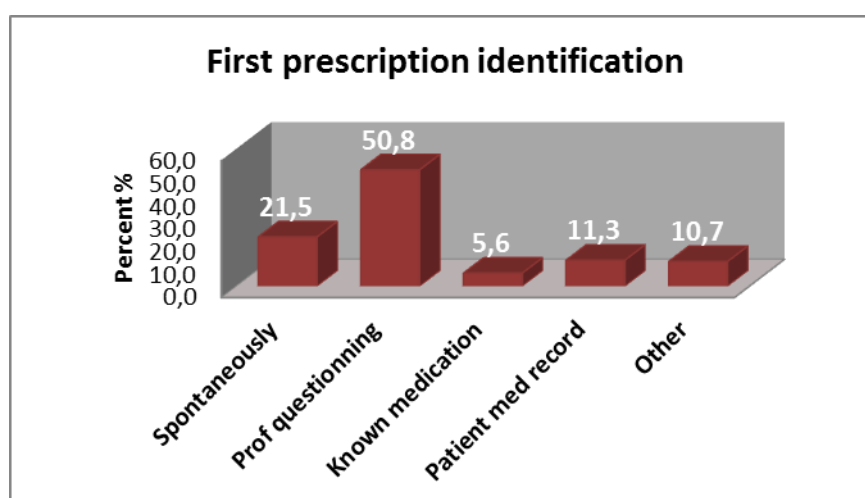


Figura 5.21 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de deteção de eventos de 1ª prescrição.

Na totalidade dos casos identificados como primeira prescrição, 92% foram alvo de aconselhamento e este foi disponibilizado na grande maioria (73%) de forma espontânea pelo profissional na farmácia. Este valor pode não corresponder de forma fiel à realidade uma vez que, a identificação dos eventos de primeira prescrição apresen-

tam por si só limitações e podemos supor alguma tendência para o registo em formulário apenas dos casos em que se verificou de facto a dispensa de aconselhamento. Apesar desta limitação, a expressão de aconselhamento disponibilizado nos eventos de primeira prescrição refletem a importância deste momento na comunicação entre profissional e doente.

Os eventos sem aconselhamento estão mais associados a profissionais com maior nº de anos de experiência profissional, à categoria dos técnicos de farmácia e a países como a Polónia, Portugal e Espanha.

As situações que não foram contempladas com aconselhamento foram justificadas com os factos do utente ter já recebido a informação necessária por parte do clínico prescriptor ou ainda deste se tratar do próprio médico.

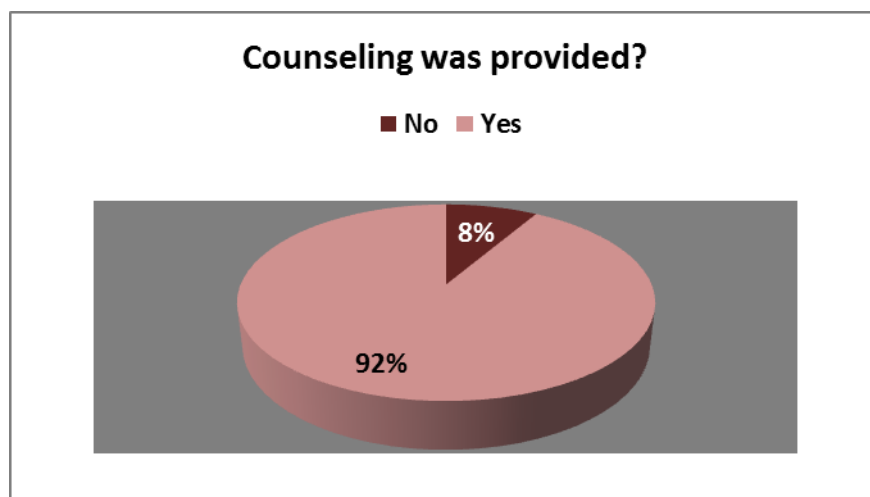


Figura 5.22 Representação gráfica da frequência do aconselhamento em eventos de 1ª prescrição.

Apesar da limitação verificada de 2 células com valores esperados inferior a 5, a correlação entre a categoria profissional e a verificação de dispensa de aconselhamento na 1ª prescrição apresenta um valor de *p value (Asymp. Sig. (2-sided))* no teste de *Pearson Chi-square* de 0,001 (inferior a 0,05 que justifica a existência de uma relação entre as variáveis). Estando a categoria profissional de técnico de farmácia menos associada à dispensa de informação.

Tabela 5.16 Tabela de chi-quadrado dispensa de aconselhamento na 1ª prescrição/categoria profissional

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,484 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	10,736	2	,005
Linear-by-Linear Association	5,452	1	,020
N of Valid Cases	107		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,70.

A forma de aconselhamento mais utilizada é a verbal, em 50% dos casos, seguida da associação de aconselhamento verbal e escrito em 36%. Estes dados mostram a preocupação de prestação de um aconselhamento completo neste tipo particular de evento.

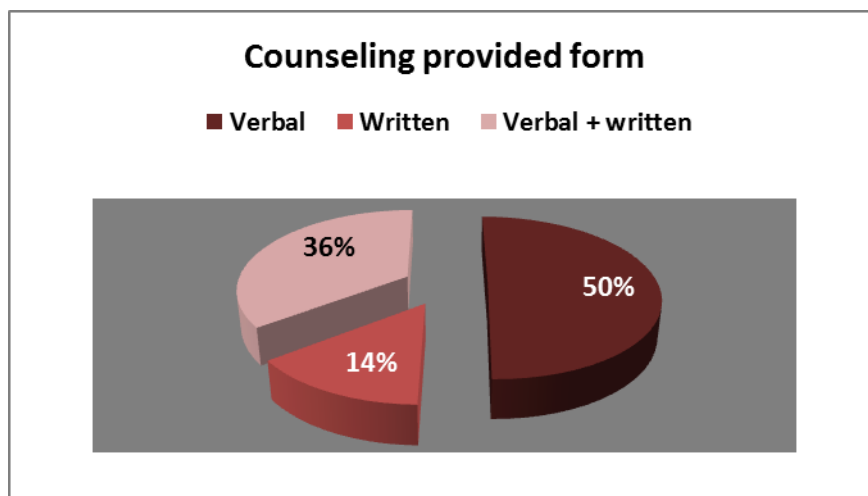


Figura 5.23 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de aconselhamento em eventos de 1ª prescrição.

O tipo de informação disponibilizada é na sua maioria referente à posologia prescrita e de forma mais rara são focados aspetos como precauções e efeitos adversos a con-

siderar. Outros tipos de informação igualmente referidos dizem respeito essencialmente à conservação, ao preço e à indicação terapêutica do medicamento.

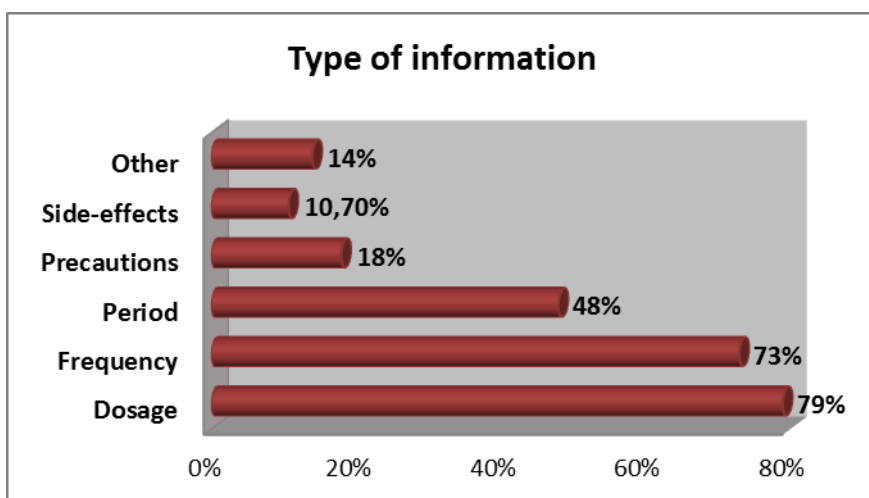


Figura 5.24 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de aconselhamento em eventos de 1ª prescrição.

O doente é bastante recetivo ao aconselhamento prestado na farmácia comunitária, com cerca de 74% a apreciar e a considerar útil a informação dispensada. Este valor é bastante expressivo o que nos remete para o fato do doente em alguns casos não dispensar o aconselhamento do profissional de farmácia ainda que já tenha recebido informação prévia pelo clínico. Este conselho não foi tão apreciado na Polónia e na Macedónia, sendo que para este último já havia sido referido que os doentes não possuem qualquer expectativa sobre o aconselhamento farmacêutico.

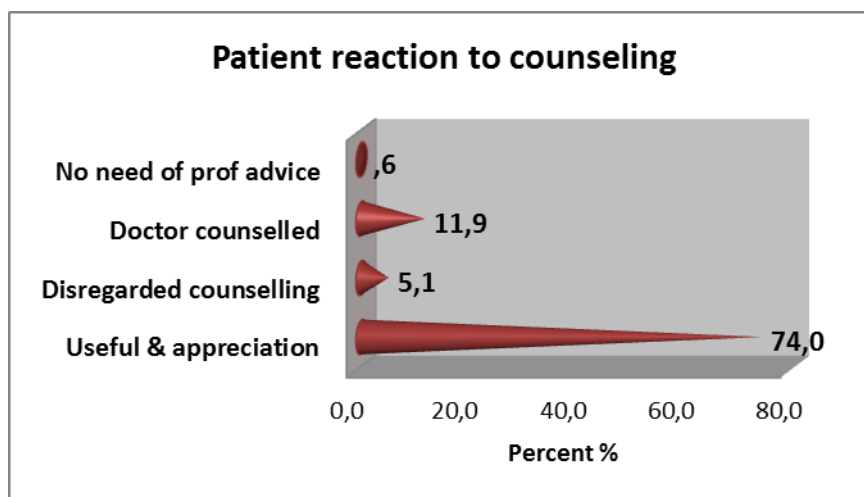


Figura 5.25 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de reação do doente ao aconselhamento em eventos de 1ª prescrição.

A maioria das situações de primeira prescrição está associada a condições agudas o que nos parece natural uma vez que o início da terapêutica para condições crónicas ocorre com menor frequência, sendo estas mais caracterizada por eventos de *refill*.

5.1.5.3 *Patient written information indicator (C2)*

A informação gerada pela aplicação deste questionário retrata os eventos de pedido de aconselhamento ou de dispensa não associada a prescrição médica e, para os quais, foi considerada pertinente a disponibilização de uma informação mais completa com componente escrita uma vez que, não ocorreu contato prévio com o médico também ele veículo de informação ao doente.

A informação escrita personalizada foi disponibilizada em apenas 29% das situações de dispensa de medicamento não associada a prescrição ou face a pedidos diretos de aconselhamento e as motivações assinaladas para este fato são essencialmente que na maioria dos casos o produto é de utilização regular não requerendo qualquer aconselhamento adicional, ou o aconselhamento oral é suficiente para esclarecer o doente e transmitir a informação mais relevante ou ainda alegando que toda a informação consta do folheto informativo do medicamento. Desta forma, a maioria destas interações não apresenta alocada qualquer comunicação e menos ainda na

forma escrita e personalizada e principalmente quando o profissional é o técnico de farmácia e em países como a Polónia, Dinamarca e Portugal.

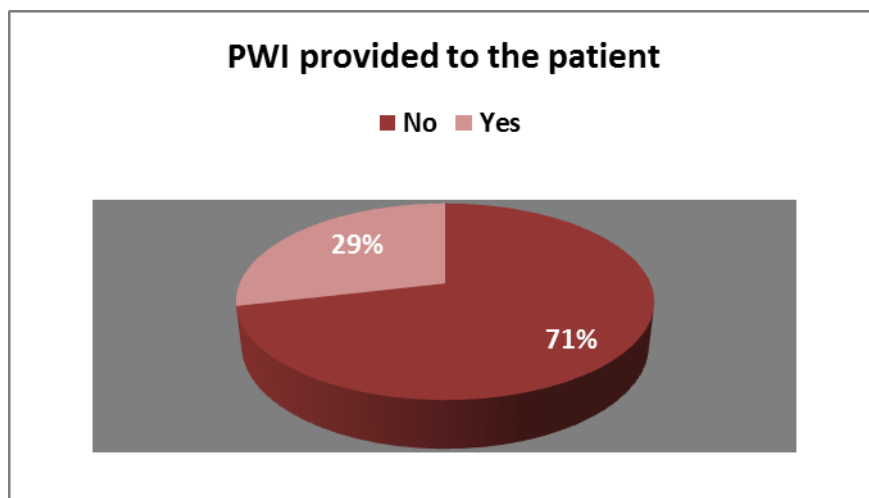


Figura 5.26 Representação gráfica da frequência de eventos de pedidos de aconselhamento ou dispensa de OTC em que foi cedida informação escrita personalizada.

Apesar da limitação verificada de 1 célula com valores esperados inferior a 5, a correlação entre a categoria profissional e a verificação de dispensa de informação escrita personalizada apresenta um valor de *p value* (*Asymp. Sig. (2-sided)*) no teste de *Pearson Chi-square* de 0,001 (inferior a 0,05 que justifica a existência de uma relação entre as variáveis). Estando a categoria profissional de técnico de farmácia menos associada à dispensa de informação desta natureza.

Tabela 5.17 Tabela de chi-quadrado dispensa de informação escrita personalizada/categoria profissional

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,735 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	23,297	4	,000
Linear-by-Linear Association	3,611	1	,057
N of Valid Cases	181		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,94.

A dispensa desta forma de informação resume-se essencialmente à inscrição da posologia do medicamento na cartongem do medicamento. A impressão de rótulo personalizado foi apenas assinalado pela Albânia, Macedónia e Espanha, tendo esta última referido igualmente a conceção de folheto individualizado.

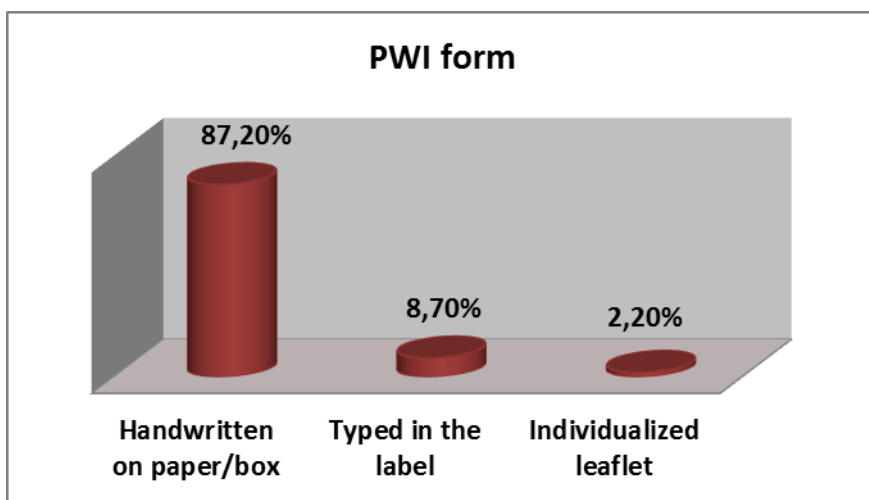


Figura 5.27 Representação gráfica da frequência das diferentes formas de informação escrita personalizada dispensada.

Podemos novamente constatar que a natureza da informação disponibilizada se limita a aspetos relacionados com a posologia do medicamento e que dados mais aprofundados apenas muito pontualmente são aflorados.

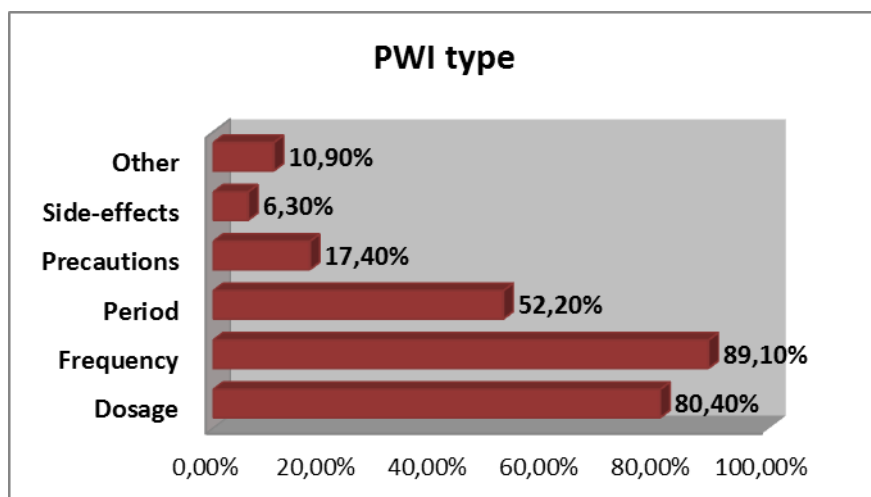


Figura 5.28 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de informação escrita personalizada dispensada.

Encontra-se novamente patente a forma positiva como é encarado o aconselhamento e que neste caso sendo mais personalizado ainda se expressa de forma mais evidente (93,5%). A condição aguda está igualmente mais associada à dispensa de informação escrita personalizada.

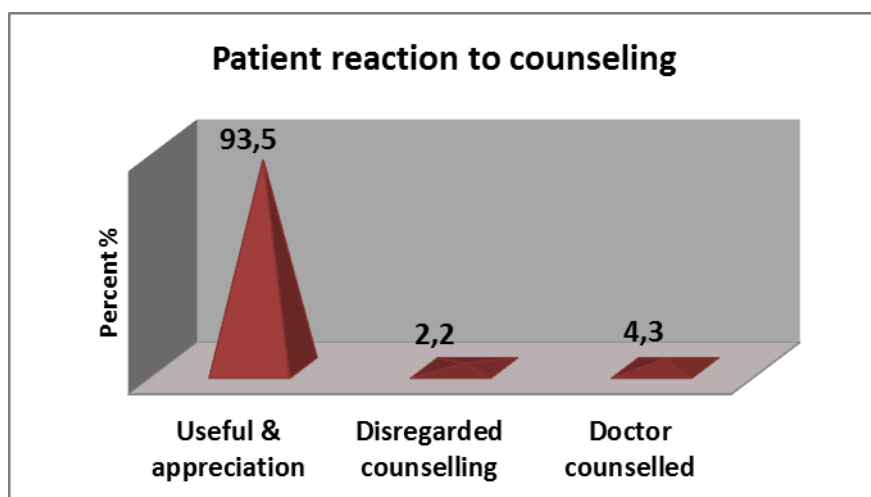


Figura 5.29 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de reacção do doente à dispensa de informação escrita personalizada.

5.1.5.4 Pharm-prescriber communication indicator (C3)

Os dados recolhidos através da aplicação deste formulário reportam os problemas relacionados com a medicação (PRMs/DRPs) detetados na farmácia comunitária e caracterizam a comunicação estabelecida com o médico neste âmbito.

A natureza dos problemas relacionados com a medicação identificados foi essencialmente de carência de abastecimento das farmácias (sem stock do medicamento), de segurança (efeitos adversos reportados pelos doentes) e erros diversos de prescrição. Cerca de 70% destas situações motivaram a comunicação com o médico.

O médico não foi contactado em cerca de 30% dos casos, principalmente em países como a Albânia, a Geórgia e a Macedónia, devido à impossibilidade de estabelecer a comunicação (por exemplo por falta do nº de contato), pelo fato de o próprio doente ter realizado o contato com o clínico ou porque a resolução do problema detetado era acessível ao farmacêutico.

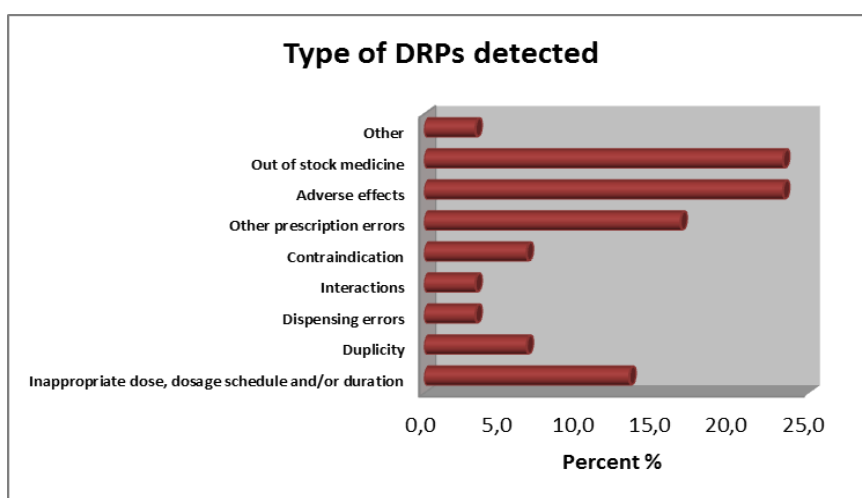


Figura 5.30 Representação gráfica da frequência dos diferentes tipos de PRMS detetados nas farmácias.

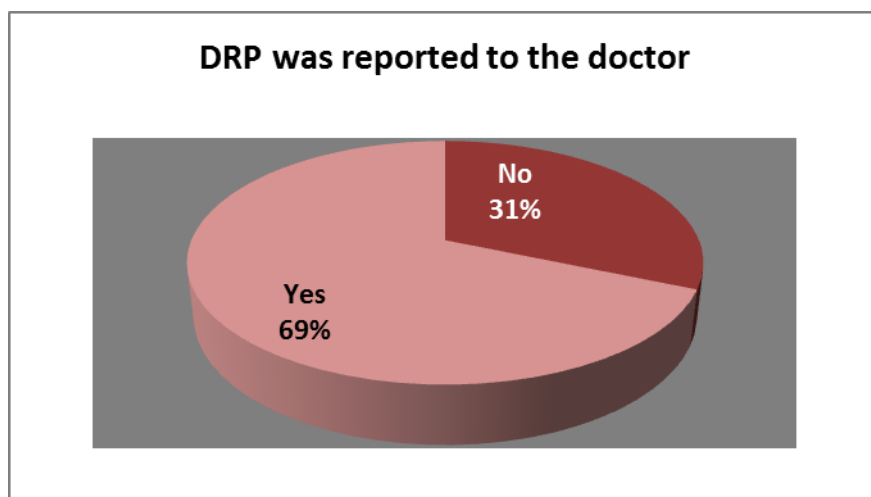


Figura 5.31 Representação gráfica da frequência de PRMS detetados nas farmácias que foram comunicados ao médico.

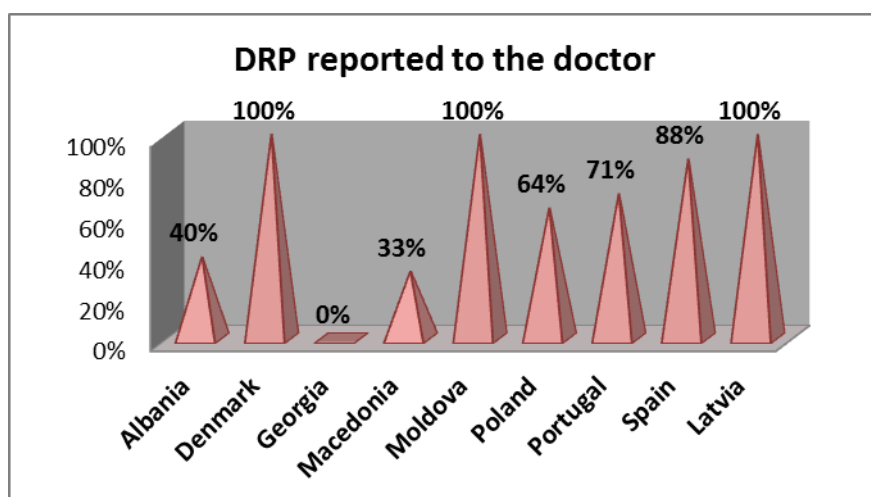


Figura 5.32 Representação gráfica da frequência de PRMS detetados nas farmácias que foram comunicados ao médico por país participante.

A comunicação com o médico foi estabelecida em alguns minutos e a via preferencial foi a telefónica. O contato com o médico desencadeado pelo farmacêutico resultou em cerca de 80% dos casos num feedback positivo por parte deste profissional.

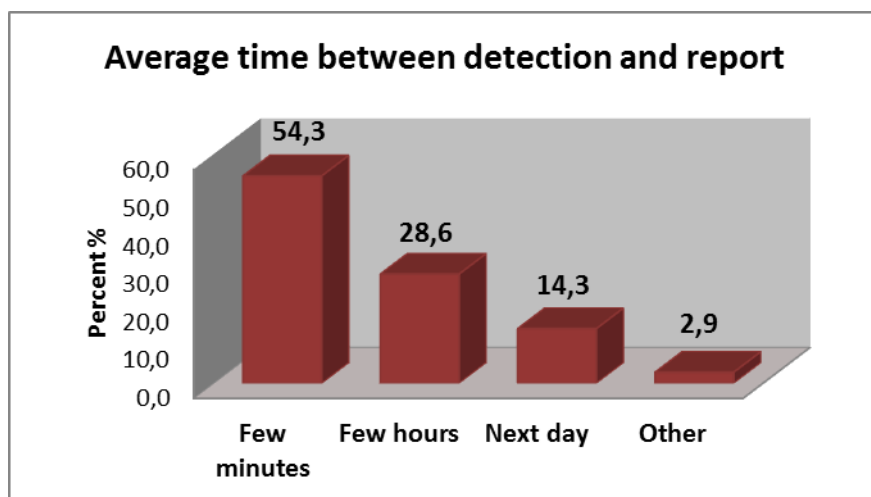


Figura 5.33 Representação gráfica da frequência dos diferentes períodos de tempo consumidos até ao reporte ao médico.

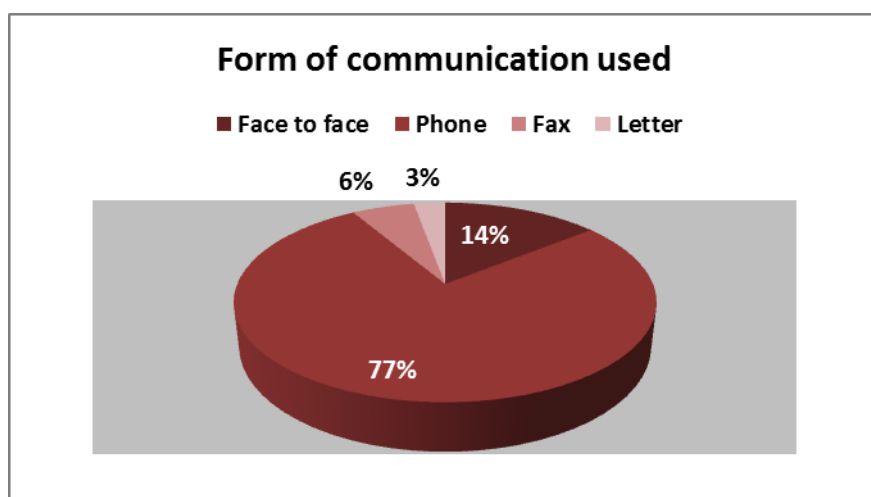


Figura 5.34 Representação gráfica da frequência das diferentes formas utilizadas para comunicar com o médico.

5.2 2ª Fase. *Focus Group*

O produto do *Focus group* foi sujeito a uma análise de conteúdo com recurso à criação de um conjunto de códigos, árvore de códigos, de acordo com os temas abordados e segundo a teoria tridimensional da atitude debatida no âmbito da psicologia social.

Cada código é sustentado por um agrupamento de citações, das quais foram selecionadas algumas para ilustrar a discussão infra.

Cada citação poderá por si só expressar mais do que uma dimensão da atitude do seu autor perante o objeto em análise (assunto em discussão) e assim, poderemos encontrar citações a que se atribuem um código cognitivo (pelo conhecimento existente sobre o assunto), um código comportamental (por ações realizadas no âmbito do assunto) e ainda um código afetivo (por emoções que manifesta perante o assunto). As 3 dimensões da atitude apresentam interdependência, o conhecimento formado é alimentado pela experiência da prática e ambos por sua vez geram emoções. As emoções afinam o conhecimento e a ação e as influências, de uma forma cíclica, repetem-se novamente.

Tabela 5.18 Árvore de Códigos

Árvore de códigos		
Dimensões	Temas	Códigos
A. Dimensão Cognitiva	Aa. Conceptualização dos CF	Aa1. Caracterização geral
		Aa2. Níveis de prestação
		Aa3. Função preventiva
		Aa4. Função interprofissional
		Aa5. Ambiguidade no conceito
	Ab. Grau de implementação dos CF	Ab1. Incerteza quanto à implementação
		Ab2. Perceção geral de fraca implementação
		Ab3. Perceção individual da implementação
		Ab4. Causas para a reduzida implementação

Árvore de códigos		
	Ac. Perspetivas futuras dos CF	Ac1. Expectativas quanto ao desenvolvimento dos CF
	Ad. Comunicação em CF	Ad1. Papel da comunicação em CF
		Ad2. Qualidades da boa comunicação em CF
		Ad3. Comunicação com o doente
		Ad4. Comunicação com o médico
	Ae. Indicadores da qualidade da Comunicação em CF	Ae1. Avaliação da comunicação e indicadores da qualidade
		Ae2. Limitações na construção de indicadores de comunicação
		Ae3. Conceptualização de indicadores de comunicação com o doente
		Ae4. Conceptualização de indicadores de comunicação com o médico
B. Dimensão Afetiva	Ba. Postura negativa face à atual prática dos CF	Ba1. Insatisfação com o atual reconhecimento profissional
		Ba2. Desmotivação face ao fraco grau de implementação
		Ba3. Desanimo face ao panorama atual da farmácia
		Ba4. Frustração sobre a translação da formação para a prática
		Ba5. Crítica relativa à postura do farmacêutico
		Ba6. Insatisfação face à falta de articulação com o médico
	Bb. Postura positiva face à prática dos CF	Bb1. Amplificação da intervenção profissional nos CF
		Bb2. Entusiasmo na prática pessoal dos CF
		Bb3. Otimismo face a novas oportunidades
	Bc. Aspetos positivos da Comunicação em CF: e dos Indicadores da qualidade da Comunicação em CF	Bc1. Valorização da comunicação em CF
		Bc2. Valorização dos indicadores de comunicação com o doente – C1 (1ª prescrição)
		Bc3. Valorização da avaliação de outros momentos de comunicação
	Bd. Aspetos negativos da Comunicação em CF: e dos Indicadores da qualidade da Comunicação em CF	Bd1. Insatisfação pela falta de comunicação com o médico
		Bd2. Dificuldades na avaliação da comunicação
C. Dimensão Comportamental	Ca. Caracterização da prática e implementação dos CF	Ca1. Intervenção profissional para além da dispensação de medicamentos
		Ca2. Testemunhos de práticas pessoais de

Árvore de códigos		
		CF
		Ca3. Desenvolvimento de acompanhamento farmacoterapêutico
		Ca4. Experiências pessoais no contacto com o médico
		Ca5. Prática pontual da consulta farmacêutica
		Ca6. Deficiente articulação no geral com o médico
		Ca7. Insuficiente adesão do doente aos CF
	Cb. Comunicação em CF e potencial utilização de Indicadores da qualidade da Comunicação em CF	Cb1. Comunicação como ferramenta de informação e formação de comportamentos
		Cb2. Indicadores de comunicação e a avaliação pelo resultado
		Cb3. Influência multifatorial nos indicadores de comunicação
		Cb4. Momentos fundamentais de comunicação em CF

Interpretação

Conceptualização de Cuidados Farmacêuticos

Caracterização geral/Função preventiva/Função interprofissional

O painel de peritos convidado para integrar o FG constituído por elementos, na sua totalidade farmacêuticos, que exercem, lecionam ou investigam na área dos CF, foi naturalmente muito unânime na expressão das suas opiniões sobre a definição de CF. A apresentação do conceito de CF foi realizada sem qualquer hesitação pelo grupo, o que reflete a sistemática e exaustiva abordagem teórica em torno do termo em questão, que caracteriza a postura e atividade dos grupos de peritos em CF.

A definição de Hepler and Strand (1999) não foi diretamente mencionada mas os CF foram entendidos como um conjunto de serviços diferenciados, prestados pelo farmacêutico, que visam essencialmente a prevenção, identificação e resolução de problemas de saúde do doente, relacionados com a sua terapêutica.

Encontra-se patente uma visão alargada dos CF, uma atenção centrada no doente e na sua terapêutica, e a necessidade de uma estreita relação com outros profissionais de saúde.

Os participantes expressaram as suas opiniões sobre o tema como resultado do conhecimento adquirido sobre o mesmo, numa vertente claramente cognitiva. (Códigos Aa1; Aa2; Aa3)

C1: "CF é [...] a intervenção farmacêutica a doentes tendo em vista a identificação de alguns problemas de saúde e a sua relação com a terapêutica, e obviamente a intervenção no sentido de resolver esses problemas em articulação com os restantes profissionais de saúde e com o envolvimento do próprio doente". CS (F) (Associação profissional)

C2: "Visam fundamentalmente responder às necessidades farmacoterapêuticas dos doentes através da prestação de um conjunto de serviços clínicos com a finalidade concreta, de dar mais saúde ao doente. Através de, [...] uma série de indicadores de saúde e vários outcomes que existem." PI (F) (Acad)

C3: "Acrescentava que ainda visa a prevenção de problemas relacionados com a terapêutica que o indivíduo faça." MAS (F) (Acad)

Níveis de prestação

Foi ainda referido que esta atividade está estruturada em diversos níveis de serviços para além da terapêutica, dirigidos a condições específicas. (códigos Aa4; Ca1)

C4: "E que na farmácia comunitária é um cuidado diferenciado, na medida em que nós temos vários níveis de cuidados que prestamos aos doentes. É um cuidado diferenciado feito em condições muito especiais e dirigido a patologias com indicadores mensuráveis.[...] Concretamente a asma, diabetes a hipertensão e a dislipidemia." MT (F) (Acad+FC)

C5: "[...] liga-se muito os CF à farmacoterapia, mas [...] eu acho que nós temos uma intervenção para além da farmacoterapia ou seja, [...] posso intervir em muitas outras áreas para além dos fármacos [...]" GP (F) (Acad+FC)

Ambiguidade no conceito

Apesar do estabelecimento de uma definição por este grupo não ter gerado qualquer controvérsia, a verdade é que na sua transposição para a prática surgem variadíssimas questões que nos demonstram a pouca clareza e consenso ainda existentes face a este conceito. Esta mesma disparidade de realidades tinha já sido focada aquando do estudo realizado sob a responsabilidade do EDQM (*European Directorate for the Quality of Medicines*) "*Pharmaceutical care – Where do we stand – Where should we go?*" 2009, que visava conhecer o panorama dos CF pela Europa, assim como, na 1ª fase deste projeto, durante o estudo piloto em farmácias comunitárias europeias. Esta clara falta de harmonização quanto a este conceito, o que julgamos constituir logo à partida, uma barreira aos esforços para a sua implementação. (códigos Aa5)

C6: "Estamos a falar de CF, que definição? [...] A consulta mais complexa e diferenciada que existe, será a consulta de seguimento ou acompanhamento farmacoterapêutico ou a consulta de revisão da medicação ou outro tipo de consultas, no âmbito dos transtornos menores, que também podem ser feitas em ambiente de gabinete ou de consultório farmacêutico [...]" PI (F) (Acad)

Grau de implementação dos CF

Incerteza quanto à implementação

Ao solicitarmos parecer sobre o grau de implementação dos CF, as expressões foram mais diversas e um dos relatos revelou mesmo algum desconhecimento da realidade dos CF em Portugal, o que nos demonstra uma escassa troca de informação e experiências entre os profissionais que se dedicam a esta área. (códigos Ab1)

C7: "Eu tenho muito pouca noção do que se passa na minha zona, não estou lá para saber quantos doentes têm, que tipo de trabalho fazem..." MT (F) (Acad+FC)

Perceção individual da implementação

Registaram-se igualmente relatos baseados naquilo que são as experiências profissionais dos próprios, testemunhos particulares entusiásticos da implementação dos serviços nas suas realidades. Nestes comentários associam-se as dimensões, cognitiva, afetiva e comportamental através da manifestação das suas opiniões, descrição de ações praticadas e estado de espírito apresentado. (códigos Ab3; Bb2; Ca2)

C8: "Eu devo dizer que na minha farmácia tentamos acompanhar os doentes da mesma forma, com a mesma qualidade, com o mesmo entusiasmo e não são as contingências do dia-a-dia que nos fazem perder essa qualidade." MT (F) (Acad+FC)

Perceção geral de fraca implementação

CF em pequena escala

Esta é também uma temática sensível e na qual os presentes, pelo seu envolvimento, depositam uma enorme esperança em termos de oportunidade de expansão e valorização da profissão farmacêutica. Deste modo, a opinião dominante foi de que a implementação dos CF é de extrema relevância para o *empowerment* da classe, contudo, nunca chegou até à data a assumir a importância que seria expectável e desejável e, mediante o cenário nacional atual, está sem dúvida confinada a pequenos nichos muito particulares. (códigos Ab2; Bb1; Ca1; Ca5)

C9: " [...] aquilo que vamos conversando com as pessoas [...] toda a gente acredita claramente neste tipo de intervenção. Isso é inquestionável. Todos nós dizemos que é fundamental, é aquilo que vai sustentar a profissão no futuro, mas a verdade é que ninguém o faz." GP (F) (Acad+FC)

C10: "Na minha opinião, ninguém o fazer, passa, muito poucas pessoas o fazem. Eu posso ter 1 ou 2 doentes mas isso não tem significado, ou posso ter meia dúzia de doentes mas isso em termos práticos e até profissionais, não tem significado nenhum. Acho eu! Tem significado local obviamente." GP (F) (Acad+FC)

Necessidade de reconhecimento profissional

Neste contexto foi referida com alguma indignação a necessidade sistemática e quase absurda do farmacêutico permanentemente demonstrar a mais-valia da sua existência/intervenção ao contrário de outras categorias profissionais. (códigos Ba1)

C11: " [...] há uma necessidade absoluta de demonstrar sistematicamente o valor acrescentado do farmacêutico, o que a mim me irrita muito...portanto ou realmente isto muda ou a nossa profissão morre." CB (F) (Acad+FH)

Abandono dos programas de CF para condições específicas

As atividades de CF em Portugal incidiram, numa fase inicial, essencialmente sobre cuidados em algumas condições específicas, tais como a hipertensão, diabetes e asma. Contudo, as farmácias comunitárias têm gradualmente abandonado esses programas. (códigos Ab2; Ba2)

C12: "[...] não penso que esteja muito implementado. Nomeadamente os programas de gestão da terapêutica. Havia...Sim, mas como falou, nomeadamente na dislipidémia e na diabetes, que era um cuidado diferenciado com metodologias. Havia algumas farmácias que estavam apostadas em prestar este cuidado e que foram ao longo dos anos deixando." PF (F) (Acad)

Os programas de CF, específicos por patologia, iniciados em Portugal foram referidos como estando, logo à partida, destinados ao fracasso devido à falta de articulação das farmácias com a classe médica, que na altura se considerou não essencial. Neste sentido foi sugerido o estabelecimento de protocolos com os médicos ou com as instituições de forma a garantir a viabilidade deste tipo de intervenção. (códigos Ab4; Ba6; Bd1; Ca6)

C13: "[...] o nascimento destes programas no nosso país, eu penso que se fez na altura, não com intenção, uma coisa muito errada, é que achamos que poderíamos fazer CF sozinhos e não podemos porque a nossa intervenção depende claramente da intervenção do médico" GP (F) (Acad+FC)

C14: "Parece-me, na minha opinião, que um dos passos que temos efetivamente que dar é ir ter com os médicos, eventualmente começando pelos Cuidados primários, ir ter com as organizações ou instituições e criar de fato protocolos que nos permitam fazer intervenções adequadas." GP (F) (Acad+FC)

Abandono da consulta farmacêutica

A verdadeira consulta farmacêutica não faz já parte da prática do farmacêutico comunitário, restando apenas alguns casos em que se desenvolve a adesão à terapêutica e a monitorização de parâmetros acompanhada de aconselhamento não estruturado. (códigos Ab2; Ca5)

C15: " [...] face a face com os farmacêuticos, eles reconhecerem que os CF já não eram feitos. A consulta de CF como era preconizada pela OMS, com toda a formação inerente, já não era realizada." JR (M) (Acad)

C16: "Eles faziam determinações de parâmetros biológicos com algum acompanhamento associado, mas não com o paradigma de consultas previamente marcadas com acompanhamento e registo dos dados em algo mais centralizado e não apenas no papel de registo do doente." JR (M) (Acad)

Reduzida implementação internacional

É opinião generalizada que este cenário não é apenas nacional, até em países com uma maior tradição e uma maior projeção do farmacêutico na cadeia dos cuidados de saúde, a implementação dos CF está muito aquém do desejável. Este fraco grau de implementação é reconhecido pelos intervenientes acompanhado de sentimentos de desânimo e frustração. (códigos Ba2; Ba3)

C17: " [...] associada à remuneração, associada à motivação...mesmo países onde eles são remunerados, não existe implementação de uma forma consistente..." PF (F) (Acad)

C18: "E isto é pena, ver que o número de farmácias a prestar CF tem diminuído bastante." JR (M) (Acad)

Causas para a reduzida implementação

Modelo de farmácia

Diversos são os fatores enumerados como contribuintes para este muito fraco grau de implementação dos CF. Foram mencionados fatores relacionados com a organização da farmácia comunitária em Portugal, pelo modelo de atendimento em vigor no nosso território que exige um aconselhamento na hora, a falta de diferenciação entre as competências do farmacêutico, do técnico e outros profissionais no interior destas pequenas organizações. Podemos considerar que, de acordo com o tipo de informação a ser prestado na farmácia, o atendimento ao doente deveria ter um formato otimizado e estar alocado a um profissional especializado. (códigos Ab4)

C19: "Por um lado o próprio modelo de funcionamento das farmácias. Nós temos um modelo de funcionamento que passa por as pessoas serem atendidas na hora isso dificulta aqui também a nossa capacidade de análise na altura." GP (F) (Acad+FC)

C20: "Começou-se por equiparar as funções do farmacêutico muito à do ajudante. Ou seja, ele está ali ao balcão e não raras vezes, nós verificamos farmacêuticos a dispensar pensos para os calos quando ao lado está o ajudante a dispensar uma receita, na mesma altura, porque um cliente entra primeiro e outro entra depois. E isto cria aqui, eu diria, ainda oportunidades de intervenção." GP (F) (Acad+FC)

Dificuldades económicas

A dispersão da atenção da farmácia para outros serviços com maior rentabilidade, possíveis de prestar a partir da Portaria 1429 de Novembro de 2007 e as dificuldades económicas que obrigam à diminuição das equipas nas farmácias foram igualmente referidas como promotores da baixa implementação dos CF. (códigos Ab4)

C21: " [...] por outro lado também a Portaria 1429 que foi publicada em Novembro de 2007 veio alargar um leque de serviços, as farmácias tentaram investir em novos serviços, e portanto em terem farmacêuticos com formação noutras áreas como a administração de vacinas, por exemplo, o que fez descentrar um bocadinho da atenção virada ao medicamento." PF (F) (Acad)

C22: " [...] não há possibilidade de manter estes serviços de forma gratuita. As equipas começaram-se a reduzir [...]" PF (F) (Acad)

O atual panorama económico das farmácias foi repetidamente mencionado como sendo muito grave e o facto de, neste contexto de sobrevivência, os CF não poderem constituir uma prioridade. A perda de capacidade económica por parte das farmácias aparece associada a uma redução da qualidade dos serviços prestados, passando o atendimento farmacêutico a estar circunscrito aos critérios mínimos exigíveis não existindo assim lugar para a excelência (códigos Ba3)

C23: "As razões, eu acho que tem várias razões, nomeadamente a conjuntura atual das farmácias que penso que estão a viver. O país e as farmácias em particular, com todas as diminuições das margens de lucro, com a diminuição dos custos dos medicamentos. Estão a asfixiar um pouco a possibilidade das pessoas deixarem de olhar para a farmácia, na parte económica. Porque realmente têm que fazer isso ou então têm que fazer o que muitas farmácias estão já a fazer, pelo menos na região norte, que é dispensar farmacêuticos. Muito grave. Eu acho que neste momento as farmácias ou muitas farmácias estão a tentar sobreviver e acham que isto não será uma prioridade." PF (F) (Acad)

Postura do farmacêutico

Nos fatores associados ao próprio farmacêutico foi destacado o facto deste profissional se confrontar, atualmente, com dificuldades em conseguir emprego o que diminui grandemente o seu grau de exigência quanto ao tipo de serviços que pretende prestar. (códigos Ab4)

C24: " [...] nossos colegas que também saem das faculdades são cada vez menos exigentes [...] o que interessa é ter um emprego [...]" PF (F) (Acad)

A falta de confiança nas suas capacidades está patente na postura do farmacêutico perante a sua responsabilidade profissional e nas suas relações interprofissionais, nomeadamente com o médico, peça fundamental para que os CF alcancem os *outcomes* a que se destinam na saúde do doente. O farmacêutico não se tem empenhado de forma consistente na demonstração da sua enorme utilidade, em coordenação com os outros profissionais, na cadeia dos cuidados em saúde. (códigos Ab4; Ba5)

C25: " [...] o maior inimigo do próprio farmacêutico a desenvolver esta atividade é ele próprio, porque não sente autoconfiança que pode fazer e que pode melhorar e portanto enquanto não conseguirmos ultrapassar tudo isto e o farmacêutico não se sentir em pé de igualdade com o médico, pronto, é difícil." MAS (F) (Acad)

C26: " [...] para além das dificuldades económicas, a falta de tempo, a falta de farmacêutico, parece-me que a questão é a falta de segurança, o ter medo de assumir, de assumir responsabilidades, de uma maneira geral." CS (M) (Acad+FC)

Reduzida preparação do farmacêutico

O farmacêutico continua a revelar conhecimentos pouco consolidados para exercer CF associados possivelmente a uma deficiente formação pré-graduada nesta área e um reduzido investimento pessoal na formação pós graduada. Este enquadramento, associado a uma falta de motivação e confiança no seu potencial, condiciona uma enorme dificuldade em assumir responsabilidade e reclamar, para si, papéis e lugares nos cuidados de saúde. (códigos Ab4; Ba5)

C27: " [...] a educação ao nível de pré-graduação, não é suficientemente abrangente e virada para a prática dos CF" MAS (F) (Acad)

C28: " [...] desenvolver CF é preciso um *coaching* contínuo das pessoas." MAS (F) (Acad)

C29: " [...] o receio, a insegurança, a falta de conhecimentos de Farmacoterapia, o receio do diálogo com o médico é fundamental [...]" MAS (F) (Acad)

Frustração sobre a translação da formação para a prática

Os elementos com ligação às academias e consequentemente à formação dos farmacêuticos na área dos CF expressaram o seu descontentamento relativamente à reduzida carga horária dedicada a esta temática e a sua frustração no que se refere à tímida quota de farmacêuticos que efetivamente coloca em prática os conhecimentos adquiridos. (códigos Ba4)

C30: " [...] na perspetiva de quem está no lado da formação e da pesquisa, a frustração depois é muito grande porque efetivamente [...] contando pelos dedos das mãos [...] portanto nem dez e dessas dez provavelmente só cinco [...] em que o farmacêutico tem mais de cem doentes por ano." PI (F) (Acad)

C31: " [...] uma disciplina que é opcional tinha dezasseis alunos, agora tem trinta e dois, trinta e dois em duzentos e muitos que saem desta casa, portanto vêem um número muito reduzido de doentes." MAS (F) (Acad)

C32: " [...] um semestre não dá para um aluno interiorizar a metodologia e toda a sequência da intervenção que deve ter [...]" MAS (F) (Acad)

Falta de adesão do doente

O próprio doente, na sua falta de adesão a esta valência de serviços, constitui uma barreira à sua mais ampla implementação. Assim, o doente não conhece o serviço e como tal não reconhece a sua importância, pelo que não se compromete na frequência das consultas e nem lhe consegue atribuir justificação para a devida remuneração. Este ponto merece a nossa reflexão no sentido de serem identificados os aspetos que poderão estar a condicionar esta atitude do doente. Poderemos entendê-la como eventual falta de conhecimento sobre os CF e sua utilidade, motivado pela limitada evidência demonstrativa do benefício destes serviços e pelo pouco empenho do próprio farmacêutico na demonstração do seu interesse. Parece-nos óbvio a existência de uma lacuna de atenção nesta questão. O interesse e até mesmo a necessidade deste tipo de serviços deverão ser criados naquele que é o seu potencial cliente, o doente. Uma vez que sem “cliente” não existe fundamento para o “negócio”. (códigos Ca7)

C33: " [...] limitações e barreiras por parte dos doentes que não eram completamente aderentes a este tipo de interações [...]" JR (M) (Acad)

C34: "Iam à primeira consulta, à segunda e depois, daí para a frente, deixavam de ir." JR (M) (Acad)

Falta de remuneração dos CF

Segundo os participantes não é possível criar uma necessidade sobre algo que não se conhece e ainda menos solicitar um pagamento sobre esses serviços. A remuneração foi de facto apontada como um aspeto crítico para a implementação destes serviços, por um lado pela dificuldade em cobrar quando existe falta de divulgação dos mesmos e por outro pela fraca valorização que o próprio farmacêutico demonstra ao não cobrar o serviço. Naturalmente que mediante o enquadramento económico atual o

investimento de tempo e recursos em atividades não remuneradas é impraticável.

(códigos Ab4; Ba5)

C35: " [...] fazia parte da sua intervenção, muitas começaram isto de forma gratuita [...] aquilo que se começa gratuito dificilmente se cobra [...]" CS (M) (Acad+FC)

C36: " [...] a remuneração dos serviços, de todos os serviços, é um ponto crítico, porque se nós próprios não valorizarmos e não damos dignidade àquilo que fazemos é difícil que os doentes e que os outros profissionais valorizem [...]" PI (F) (Acad)

C37: " [...] tinham dificuldade em explicar aos seus utentes o que é que era isto dos CF, porque também não lhes foram criadas ferramentas de divulgação dos serviços [...]" PF (F) (Acad)

Falta de articulação com o médico

A tímida implementação pode ainda ser relacionada com a escassa comunicação com o médico, motivada pelo receio do farmacêutico neste contacto mas também por uma questão quase cultural de falta de recetividade do médico à abordagem por este colega da área da saúde. (códigos Bd1)

C38: "Também o contacto com os médicos não era muito facilitado, não conseguiam chegar aos médicos infelizmente." JR (M) (Acad)

Os CF por si carecem de melhor estruturação e divulgação. Será necessário, para aumentar a implementação destes serviços, que o sistema de saúde e a farmácia comunitária em particular criem condições para integrar os CF. Serão necessárias condições físicas (gabinetes, equipamentos de monitorização, entre outros), humanas (farmacêutico especializado e alocado a estes serviços), técnicas (equipamento para pesquisa e recolha de informação, para registo estruturado, entre outros), divulgação e articulação com outras entidades e profissionais para que desta forma se possa usufruir da sua mais-valia.

Testemunhos de práticas pessoais

Desenvolvimento do acompanhamento farmacoterapêutico

Foram relatadas algumas experiências pessoais que demonstram a manutenção destes serviços de CF em alguns contextos, nomeadamente numa prestação de serviços

de acompanhamento farmacêutico por entidades externas em farmácias comunitárias, com envolvimento de farmacêuticos residentes e externos e, estruturada em níveis distintos de consulta farmacêutica, de acordo com as necessidades identificadas nos doentes. Estes testemunhos poderão constituir fonte de reflexão e até inspiração sobre um modelo de CF concretizável. (códigos Bb2; Ca3)

C39: " [...] desenvolver uma metodologia e um processo muito simples, um processo de adesão à terapêutica, pouco mais, e cuidados alimentares, e se há problemas de saúde que não se resolvem por aí então o doente é convidado para o nível 3, e esse nível 2 os colegas estão empolgados para fazer isso." CS (M) (Acad+FC)

C40: "Há uma margem de recebimento nas farmácias pelas consultas e neste momento a média das farmácias em que já temos isso implementado, são umas doze farmácias, estamos com uma média de cinco doentes por semana, novos." CS (M) (Acad+FC)

Experiências pessoais no contacto com o médico

Apesar do panorama geral foram apresentados testemunhos de contactos eficazes com a classe médica, motivados por uma boa preparação e perseverança por parte do farmacêutico. A recetividade foi referida como sendo maior por parte dos médicos especialistas face aos de medicina geral e familiar, que ainda encaravam o farmacêutico como um intruso e quase concorrente ao invés de um parceiro/colaborador na gestão da saúde dos doentes. (códigos Ca4)

C41: "Nós temos recusas. Da ordem de um, dois, três por cento de recusas, mas é à primeira. E tipicamente as recusas maiores são dos clínicos gerais, são dos cuidados primários" CS (M) (Acad+FC)

C42: " [...] a experiência que nós temos com os médicos é, temos uma ou duas recusas à primeira à segunda carta já não há recusa, porque nós não desistimos." CS (M) (Acad+FC)

Expectativas quanto ao desenvolvimento dos CF

Algumas vozes mais otimistas levantaram-se no sentido de encarar os tempos atuais como uma oportunidade de valorização dos CF, uma vez que, com o encerramento de Centros de Saúde, a farmácia poderá assumir um papel cada vez mais relevante no apoio aos doentes e por outro lado, a desvalorização do medicamento poderá

mostrar aos proprietários de farmácia a possibilidade de aumentarem os seus rendimentos recorrendo à rentabilização destes serviços. Duas perspetivas interessantes que poderão alterar a forma de encarar os CF. (códigos Ac1; Bb3)

C43: " [...] também estou otimista e acho que mesmo no contexto da farmácia há uma série de oportunidades que surgem nestes momentos de crise, por vários motivos também e acho que para a consulta farmacêutica é uma oportunidade excelente no momento que estamos a viver." PI (F) (Acad)

C44: " [...] é uma atividade que as pessoas já estão a perceber, algumas farmácias, que vale a pena e que é rentável, nomeadamente neste momento no contexto da recessão e das dificuldades, as consultas, ao serem cobradas não têm custos." CS (M) (Acad+FC)

Papel e qualidades da boa comunicação em CF

O grupo foi igualmente muito unânime ao expressar as suas opiniões sobre a relevância da comunicação no contexto dos CF. Assim a comunicação, em qualquer das suas possíveis formas, verbal, escrita, gestual ou outras, foi considerada essencial para a boa prática dos CF. (códigos Ad1; Ad2; Bc1; Cb1)

C45: "Sem comunicação não há CF, não é? O que de facto é impossível que se identifiquem quais são os problemas dos doentes e se consiga ter uma intervenção quer a nível do doente que seja seguida, quer a nível também da comunicação com o médico, é fundamental a boa comunicação com o médico, portanto, sem comunicação para mim não há CF." MAS (F) (Acad)

C46: " [...] a comunicação escrita ou verbal e até gestual é fundamental, para que aquele doente saia motivado e saiba para que é que serve realmente o medicamento e saiba realmente utilizá-lo de acordo com as suas necessidades e para melhorar a sua saúde." MT (F) (Acad+FC)

Relativamente à comunicação foi ainda referida a necessidade desta ser adaptada ao recetor e estar focada em, inicialmente, “perguntar bem”, “ouvir bem” e “compreender bem” para identificar adequadamente os problemas e posteriormente “motivar, envolver e ensinar bem”, através de uma boa transmissão de conhecimentos. Neste âmbito é evidente a necessidade de formação em comunicação, na farmácia comunitária, de forma a otimizar a comunicação como ferramenta de educação, em especial do doente. (códigos Ad2)

C47: " [...] comunicação não é apenas, não temos de ter apenas preocupação em saber como é que vamos dizer ou se está adaptada ou não, mas também como é que estamos a apreender aquilo que nos é dito." GP (F) (Acad+FC)

Indicadores da qualidade da comunicação

Limitações na construção de indicadores de comunicação/Influência multifatorial nos indicadores de comunicação

As manifestações do grupo sobre o tema, indicadores da qualidade da comunicação em CF, foram no sentido de reconhecerem o seu interesse mas apontarem, a multiplicidade de variáveis presentes, como uma clara limitação para a construção dos referidos instrumentos. Esta observação é muito realista e aponta para a necessidade de procura de indicadores com um menor grau de influência externa ou fatores interferentes. (códigos Ac2; Cb3)

C48: "Eu acho que o problema será a diversidade de variáveis aqui que podem influenciar, depende claramente do resultado do que se vai medir." PI (F) (Acad)

Surgiu referência à dificuldade, mas pertinência, de construir indicadores aplicáveis à realidade da prática da farmácia comunitária e não, de indicadores teóricos ideais mas não exequíveis. Esta referência suporta a necessidade sentida de após idealização dos indicadores os submeter a um conjunto de testes que aumentem a sua aplicabilidade e robustez. (códigos Ae2)

C49: " [...] há uma abordagem deste tipo de questões que é uma abordagem académica [...] na prática, no terreno as coisas não são bem assim. Nós perdemo-nos às vezes quando queremos levar coisas muito elaboradas, muito definidas, com muita qualidade e muitos procedimentos, operacionais para o terreno e depois não funcionam, não resultam e temos dificuldade de implementação." CS (M) (Acad+FC)

Indicadores de comunicação e a avaliação pelo resultado

As sugestões iniciais para a natureza destes indicadores foram no sentido de uma avaliação indireta da comunicação, através da análise de *outcomes*, nomeadamente

o conhecimento dos doentes sobre a sua terapêutica e doença, a adesão à terapêutica e o controlo da doença. (códigos Ae1; Cb2)

C50: " [...] se se quer ver na prática, no terreno, o que é que tem mais [...] qual é a melhor forma de comunicação, aí não há outra coisa que não seja o outcome [...]" CS (M) (Acad+FC)

C51: " [...] no âmbito do conhecimento que os doentes têm sobre os medicamentos e eu acho que pode ser uma forma, ou um indicador, uma ferramenta que pode ser utilizada para verificar efetivamente se a comunicação foi eficaz." PI (F) (Acad)

C52: "A adesão à terapêutica, outros indicadores [...]" MAS (F) (Acad)

C53: "Sobre a doença também, portanto sobre a terapêutica e sobre a doença." MAS (F) (Acad)

C54: "Mas um indicador de qualidade é também saber quantos doentes estão controlados na hipertensão, por exemplo, é um indicador de qualidade." MAS (F) (Acad)

A comunicação eficaz foi referida como aquela que permite alcançar os *outcomes* previstos na saúde do doente. Contudo, sobre este aspeto foi referido o facto do *outcome* puder estar associado a inúmeros fatores que não apenas uma boa comunicação. A dependência dos resultados obtidos na saúde do doente em múltiplos fatores reforça a ideia de que a avaliação da comunicação através destes não será a melhor metodologia e que sem dúvida faz sentido a abordagem através de indicadores de processo que nos permitem apreciar a comunicação durante o seu decurso propriamente dito. (códigos Ad2; Cb2; Cb3)

C55: "O outcome, se atinge o resultado ou não, é um ponto fundamental e mais importante até se calhar se a comunicação terá sido excelente, boa, muito boa, enfim a classificação que se quiser, o que for mais adequado." PI (F) (Acad)

C56: " [...] porque entre outros motivos em oitenta por cento das vezes a intervenção do farmacêutico depende do médico e portanto se fossemos avaliar só com base no outcome estaríamos dependentes muitas das vezes não do nosso próprio resultado, mas do que é que o médico iria fazer [...]" PI (F) (Acad)

Face a esta primeira abordagem dos possíveis indicadores de qualidade que avaliassem a comunicação foi expressa a intenção e mesmo necessidade, dos investigadores, em realizar a análise mais a montante, ou seja, numa fase precoce em que a influência de outros fatores fosse de facto menor e, de uma forma mais simplista, fossemos para já apenas capazes de observar se a comunicação de facto aconteceu.

Momentos importantes na comunicação em CF

Os participantes levantaram a questão de que momentos seleccionar para realizar esta análise, assinalando o facto da dispensa só por si não representar de forma consistente a generalidade dos CF. Após alguma discussão em torno deste aspeto foi consensual que, mediante o muito fraco grau de implementação dos CF já constatado, seria razoável encarar a dispensa como um dos momentos mais importantes (quase únicos) da intervenção na farmácia comunitária. (códigos Ac3; Bc2)

C57: "Eu acho os da dispensa fundamentais e até se calhar porque tem a ver com a utilização imediata do medicamento, e abrange mais doentes. A minha única dúvida é CF é muito importante a comunicação com o doente e não há aqui nenhum indicador que meça essa [...]" CS (F) (ANF)

C58: "Tem que se trabalhar na dispensa, é a única prática farmacêutica" PI (F) (Acad)

Foi reconhecida a importância de analisar a comunicação durante o momento da 1ª prescrição, já que se trata de um contexto em cuja transmissão de informação assume um papel imprescindível para a garantia de uma boa *compliance*. (códigos Ac3; Bc2)

C59: "Temos de começar se calhar por distinguir entre uma primeira dispensa, o doente que é a primeira vez que vai fazer um tratamento e a comunicação é diferente do que se for vai-se repetir uma medicação. Portanto há um grau de exigência na comunicação, na qualidade da comunicação..." MT (F) (Acad+FC)

Conceptualização de indicadores de comunicação com o doente

Foi assinalada uma possível inibição de comportamentos associada à presença de um observador na farmácia na aplicação dos indicadores C1 e C2. (códigos Ae2; ae3; Bd2; Cb3)

C60: "Há a preocupação de o doente se desinibir se tiver alguém ao lado" MT (F) (Acad+FC)

Foi expressa a opinião de que a forma verbal da comunicação no contexto dos CF era de facto a mais importante e personalizada, e que a forma escrita teria mais um carácter de suplemento ou reforço. (códigos Ad2; Ae3)

C61: "Eu acho que a verbal é que reforça. E tu ao dares uma informação verbal, aí é que estás a personificar, a personalizar." MAS (F) (Acad)

Outra questão pertinente que foi afluída, relacionada com a eficácia da comunicação, foi a dificuldade em gerir o tempo limitado de contacto do farmacêutico com o

doente, em particular no âmbito do atendimento ao balcão, função que mais ocupa o farmacêutico comunitário em Portugal. Relativamente a este aspeto seria relevante, em contexto de indicadores de qualidade de processo, a análise da variável tempo despendido no atendimento por um lado e o ratio entre o tempo dedicado à comunicação e a duração total do encontro (códigos Ad2)

C62: " [...] como é que eu consigo fazer isto num tempo razoável, que seja compatível com a atividade da farmácia, ou seja, obter a informação toda que eu preciso, nem a mais nem a menos, no mínimo tempo possível sem o doente estar a sentir que estou a despachar e depois como é que eu consigo comunicar toda a informação que eu necessito e acho que isto é difícil." CS (M) (Acad+FC)

Foi sugerida uma fusão entre os indicadores C1 e C2 em que se analisaria a comunicação estabelecida com o doente e as formas utilizadas (verbal, escrita) para o efeito. Deste modo não existiria um indicador focado apenas na informação escrita personalizada que perigosamente se poderia extinguir pela falta de ocorrência. (códigos Ae3)

C63: "Se calhar dois, o C1 e o C2 no fundo estão iguais, quase, pode é ter uma opção se a informação foi só verbal, foi escrita e verbal ou foi só escrita." MAS (F) (Acad)

Foram mencionados outros momentos como importantes na comunicação com o doente como, o *refill* da terapêutica com a necessidade de monitorizar a adesão e efeitos adversos, e a monitorização de parâmetros que apresenta agregado o aconselhamento sobre estilos de vida e outros. Novamente um importante *input* que nos remete para a necessidade de indicadores mais abrangentes que contemplem o amplo universo da comunicação com o doente. (códigos Bc3; Cb4)

C64: " [...] o que me parece faltar aqui é a situação de não ser medicamento novo, que pode ou não originar uma consulta farmacêutica, uma reação adversa ou eventualmente ser sinalizado um potencial problema [...]" CS (M) (Acad+FC)

C65: " [...] temos uma oportunidade de intervir bastante na realização de testes. Uma pessoa vai medir a glicemia, vai medir a tensão arterial, vai medir o colesterol, há um reporte imediato para aquilo que é o tratamento que a pessoa está a fazer e há aconselhamento não só na dispensa de um medicamento novo, na repetição da dispensa..., mas há um espaço de intervenção que é significativo neste âmbito, no âmbito da intervenção de problemas não controlados, que é na medição de parâmetros para além da consulta..." CS (M) (Acad+FC)

Foi igualmente sugerida a integração de um indicador sobre a comunicação que se estabelece entre farmacêutico e doente aquando da deteção e resolução de PRM que apenas requerem a intervenção deste profissional junto do doente. (códigos Ae3; Bc3; Cb4)

C66: "Existem muitos problemas que não tem implicada uma comunicação ou não implicam uma comunicação com o médico, que tem a ver com problemas de adesão, às vezes tomas erradas dos medicamentos e aí é fundamental a comunicação com o doente" PI (F) (Acad)

Foi igualmente abordado o distanciamento que se verifica entre o farmacêutico e o doente, em consequência da intervenção de cuidadores e dos serviços de entrega, que assim se mostram dificultadores no estabelecimento de relações entre estes dois elementos. Esta observação levanta uma nova perspetiva com relevante interesse que será conhecer a dimensão e natureza desta comunicação com um terceiro elemento, merecedora eventualmente da criação de um indicador dedicado a este aspeto. (códigos Ae2; Ae3)

C67: "Há uma questão que me preocupa mas que é prévia a isto, mas que se tem vindo a agravar nos últimos anos que é não ser o próprio doente que vai à farmácia falar com o farmacêutico [...] as entregas, uma série de coisas que estão a surgir, que afastam o doente claramente mais ainda deste profissional de saúde que é o farmacêutico." PI (F) (Acad)

Foi assinalado um possível viés associado à natureza da terapêutica solicitada na farmácia, que poderia requerer mais comunicação pelo farmacêutico ou outro profissional e, deste modo, levar a classificar a farmácia em causa como uma melhor “comunicadora”. Esta indicação poderá ser relevante no sentido de apontar para a criação de indicadores em alguns cenários específicos (terapêuticas particulares) como sejam, a dispensa de anticoagulantes orais, uma vez que instrumentos muito gerais poderão ser de difícil aplicação em realidades tão diversas e mediante terapêuticas com exigências tão distintas (códigos Ae2; Ae3; Bd2; Cb3)

C68: " [...] esta disparidade também tem de ser avaliada, porque senão podemos estar a considerar que o farmacêutico ou comunica melhor ou deteta mais e na verdade não é isso, é que aqueles medicamentos, em si, a prescrição em si daquela terapêutica, por si só já sabemos que conduz a maiores erros" PI (F) (Acad))

C69: " [...] é muito difícil, os medicamentos são tão diferentes, as suas especificidades, que estes instrumentos genéricos, mesmo quando se mede conhecimento etc. é muito difícil, mesmo com um instrumento genérico, em toda a Europa [...]" PI (F) (Acad)

Conceptualização de indicadores de comunicação com o médico

Sobre o indicador de comunicação com outros profissionais, C3, foi defendido por um dos intervenientes a crença de que de facto o farmacêutico comunica consistentemente com o médico. Contudo, pudemos constatar que esta referência dizia respeito a estudos em pequenos grupos de farmácias portuguesas com um perfil muito particular. **(códigos Ca4)**

C70: " [...] não estamos aqui a dizer que não há ninguém que faça, porque há seguramente farmácias que têm este tipo de intervenção muito cuidadosa e que até tem uma equipa fantástica, mas nós somos duas mil e oitocentas farmácias, se dez, ou quinze ou trinta fizerem isto [...]" GP (F) (Acad+FC)

Foi sugerida, para o indicador C3, uma abordagem diferenciada em comunicação instantânea por um lado, menos estruturada e que resulta da dispensa e, comunicação consolidada por outro, mais elaborada e que acontece como resultado de monitorização de parâmetros ou de consulta farmacêutica. **(códigos Ae4; Bc3)**

C71: " [...] e na comunicação com o médico, espaço para dois tipos de comunicação, comunicação digamos instantânea e comunicação consolidada. Comunicação instantânea se a pessoa tem nos registos no sistema que é um doente renal e que aparece com Bactrim, faz uma comunicação instantânea ao médico, se é isso que quer ou não, sem grandes elaborações [...] comunicação consolidada decorrente da consulta" CS (M) (Acad+FC)

Foi assinalado o facto de uma grande parte dos problemas identificados na farmácia não requererem a intervenção do médico, mas serem de resolução acessível ao farmacêutico e deste modo ser necessário algum cuidado no cálculo do respetivo ratio. Comentário com interesse que nos inquieta para a importância de identificar claramente os contextos em que se justifica o contacto com o médico, nomeadamente através da elaboração de uma listagem e, para as situações em que podendo o farmacêutico auxiliar de forma autónoma o doente, se puder conhecer a comunicação que se estabelece neste âmbito. **(códigos Ae2; Ae4)**

C72: "Há muitos (problemas detetados na farmácia), há muitos quer dizer, cerca de vinte a cinco por cento não precisam do médico." PI (F) (Acad)

Foi mais uma vez mencionado o facto de existir algum perigo na avaliação da comunicação realizada pelo farmacêutico com o médico, com base nos *outcomes* no doente, uma vez que, o resultado final está diretamente dependente da atuação de outro profissional de saúde. Claramente mais uma evidência da fragilidade dos indicadores de resultado neste contexto e de defesa da opção por indicadores de processo.

SO. (códigos Ae2; Ae4; Cb2; Cb3)

C73: " [...] não vai obter resposta e depois vai parecer que o farmacêutico é que não comunicou bem [...] muitas vezes não temos nos estudos o tempo suficiente para verificar a intervenção porque o resultado final, a decisão final, depende de outro profissional" PI (F) (Acad)

Aqui foram levantadas 2 questões interessantes, a primeira relativa ao procedimento quando a comunicação com o médico é realizada através de carta e cujo feedback não é imediato, outra, a possibilidade da reação do médico não se verificar de uma forma direta mas através de uma atuação (por ex. alteração ou suspensão da medicação) perante a situação identificada pelo farmacêutico. Estas referências deverão ser consideradas na elaboração deste indicador C3. (códigos Ae2; Ae4)

C74: "Muitas vezes a comunicação é escrita, isto é, o doente recebe uma informação que leva para a consulta e entrega ao médico o que pode acontecer daqui a um mês, um mês e meio, dois meses. Como é que conseguem obter esta informação? CS (M) (Acad+FC)

C75: " [...] não tem necessariamente que ser uma resposta formal do médico, isto é se a comunicação que nós tivemos tiver um determinado resultado que é a alteração da terapêutica [...] Consideras que é positivo na mesma [...]" CS (M) (Acad+FC)

Feita igualmente referência à natureza da informação partilhada com o médico ser, na maioria dos casos, de carácter administrativo (medicamento esgotado, falta de assinatura, entre outras) o que nos impele para a importância, numa fase posterior, em avaliar de forma mais aprofundada o conteúdo dos eventos de comunicação. (código Ae2)

C76: " [...] na minha opinião e daquilo que eu vou conhecendo, enfim, participei em alguns trabalhos, há de facto muitos contactos com o médico, mas é porque a embalagem não existe, a dose não sei quê, e este código não sei quê, mas isso é comunicação administrativa [...]" GP (F) (Acad+FC)

Foi apontado o facto do registo deste indicador ser realizado pela própria farmácia e assim estar sujeito a deturpação de resultados. Sobre este aspeto, a sugestão seria no sentido de anexar evidência da comunicação realizada através por exemplo registo da carta, fax, *email* ou telefonema. (código Ae4)

C77: "Estarão tendenciosamente a registar aqueles que não comunicaram." PI (F) (Acad)

Finalmente foram referidos os CF como um motor para aproximação interprofissional e melhoria da qualidade da informação trocada, uma vez que obriga o farmacêutico a estruturar e preparar esta intervenção, ganhando assim conhecimento e confiança. Segundo esta perspetiva podemos assumir que um indicador que incida a sua atenção sobre esta comunicação interprofissional poderá igualmente ser responsável por esta preocupação benéfica de melhoria, o que sem dúvida argumenta a favor do indicador C3. (códigos Aa4; Bb1)

C78: " [...] a pessoa quando fala com o médico tem que preparar a intervenção, tem que saber as alternativas, tem que saber que as doses certas têm que saber. Agora o farmacêutico que sabe e que está consciente dos seus conhecimentos, não tem nenhuma dúvida em contactar com o médico [...]" MT (F) (acad+FC)

C79: " [...] a farmácia tem receio... os CF também são importantes para dar confiança porque as pessoas preparam o telefonema, ou preparam a informação e isso depois reflete-se não só naquela comunicação em si, como na capacidade de comunicar em geral, não é? Até porque estabelece pontos com os clínicos e depois facilita esses contactos [...]" CS (F) (ANF)

Esquema ilustrativo do FG

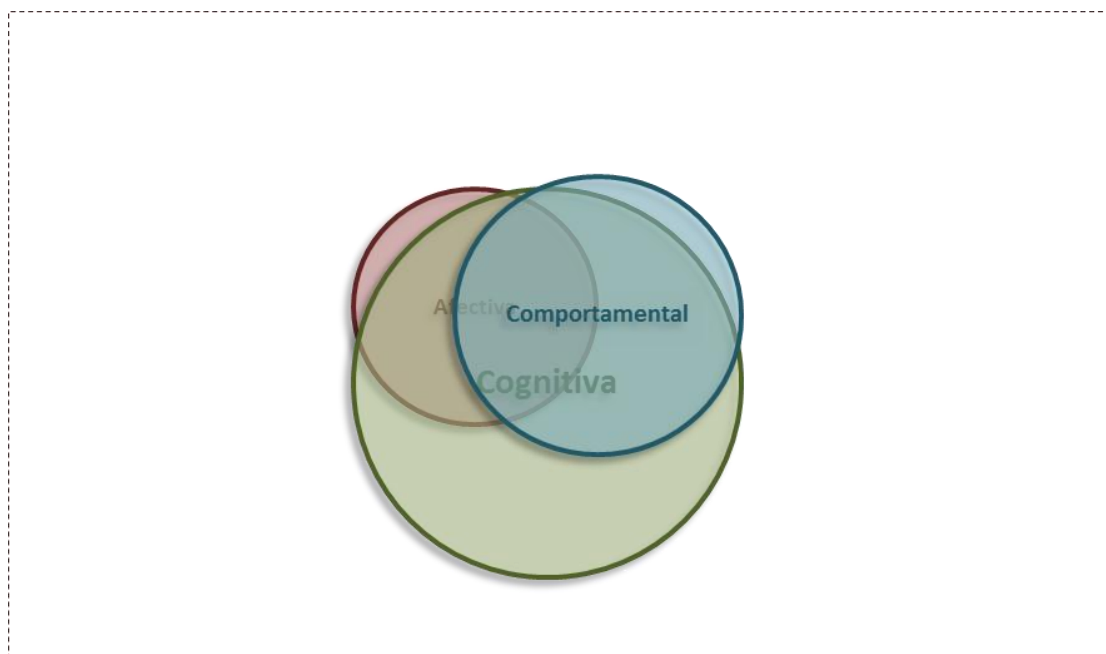


Figura 5.35 Esquema ilustrativo do FG

O esquema apresentado pretende ilustrar, através das dimensões das áreas que compõem as componentes cognitiva, afetiva e comportamental, a expressão proporcional de cada uma destas vertentes, bem como, a extensão das suas sobreposições no conteúdo do grupo focal realizado.

Assim, os temas de discussão foram essencialmente abordados sob uma perspetiva cognitiva, de conhecimento e opinião, o que poderá ser justificado com o facto do grupo em causa ser constituído por elementos com conexões à academia e portanto, com largo historial de reflexão e ensino sobre o tema dos cuidados farmacêuticos e da comunicação em particular. Os temas em que os participantes mais expressaram as suas opiniões e crenças foram a caracterização da implementação dos CF e os indicadores de qualidade da comunicação em CF.

A prática profissional em farmácia comunitária faz igualmente parte da atividade de alguns dos intervenientes o que poderá explicar a expressão mediana da dimensão

comportamental. A descrição de comportamentos ou práticas está igualmente mais patente na caracterização da implementação dos CF, em que foram expostas as experiências pessoais ou próximas e no tema, indicadores de qualidade da comunicação em CF, em que foi abordada a experiência académica com este tipo de ferramentas.

O envolvimento afetivo com a área dos CF por parte dos intervenientes poderá igualmente estar na origem das expressões emotivas de valorização e defesa da profissão farmacêutica por um lado e, frustração e crítica mediante o panorama atual dos cuidados farmacêuticos, por outro. Esta dimensão afetiva está representada pela menor extensão o que se poderá talvez associar ao pragmatismo que caracteriza a postura académica da maioria dos elementos. Os temas em que esta dimensão mais se manifesta voltam a ser a caracterização da implementação dos CF pela sensibilidade do assunto e os indicadores de qualidade da comunicação em CF pelas limitações apontadas à sua criação e implementação.

A sobreposição das dimensões é considerável uma vez que as expressões são na maioria de carácter cognitivo, no entanto algumas destas referem-se igualmente a comportamentos adotados pelos próprios e/ou a manifestações de sentimentos sobre os temas em questão e assim se fundamenta a codificação múltipla de citações referida anteriormente.

Dinâmica de grupo presente no *Focus Group*

A **dinâmica da entrevista de grupo** influencia a condução da discussão e constitui uma das riquezas desta metodologia face às entrevistas individuais. Podemos encontrar a sua presença, neste caso, em alguns aspetos, como sejam:

- A limitada discussão em torno do conceito de CF pelo consenso rapidamente atingido e pela grande amplitude fornecida na primeira definição apresentada.
- Maior foco nos temas caracterização da implementação dos CF e indicadores de qualidade da comunicação em CF para qualquer das dimensões estudadas

(cognitiva, comportamental e afetiva) em consequência do estímulo intra-grupo durante a discussão destes assuntos (comentário gera comentário).

- A manifestação de algumas posições de otimismo relativamente ao futuro dos CF em contraponto e suscitada pelas perspectivas dominantes de desânimo e frustração.
- O relato de experiências muito particulares de alguns no âmbito dos CF desencadeou algumas manifestações muito realistas face ao panorama dos CF.
- A atividade predominantemente académica da maioria dos participantes esteve na origem de um consenso, difícil de quebrar, sobre a necessidade da avaliação/medição eficaz da comunicação se realizar através dos *outcomes* desta.
- A sequência de exposição de ideias condicionou um consenso sobre a avaliação da qualidade da comunicação não momento da dispensa.
- A expressão de ideias/sugestões para a conceção/melhoria dos indicadores foi realizada de uma forma estimulante em que os participantes sequencialmente apresentavam a sua contribuição.


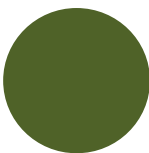










Ilustração da contribuição das dimensões por temas

Tabela 5.19 Contribuição das dimensões por temas – Nº de citações

	Conceptualização e caracterização dos CF	Caracterização da implementação dos CF	Comunicação em CF	Indicadores de qualidade em CF	Total
Dimensão cognitiva	6	70	13	54	143
Dimensão afetiva	3	27	4	17	51
Dimensão comportamental	2	36	5	22	65
Total	11	133	22	93	259

Foram selecionadas um total de 259 citações que se considerou ilustrarem de forma consistente as principais ideias focadas na reunião de grupo. As dimensões da atitude encontram-se representadas por 55% na forma cognitiva, 25% na vertente comportamental e 20% na componente afetiva. Os temas foram abordados com profundidades distintas, sendo que 4% foi dedicado à Conceptualização e caracterização dos CF, 52% à Caracterização da implementação dos CF, 8% à Comunicação em CF e finalmente 36% aos Indicadores de qualidade em CF.

Tabela 5.20 Contribuição das dimensões por temas – Área circunferência

	Conceptualização e caracterização dos CF	Caracterização da implementação dos CF	Comunicação em CF	Indicadores de qualidade em CF
Dimensão cognitiva				
Dimensão afetiva				
Dimensão comportamental				

A tabela acima pretende ilustrar através de uma proporcionalidade entre as áreas das circunferências e o nº de citações/intervenções da matéria codificada por cada área temática da entrevista (Conceptualização e caracterização dos CF; Caracterização da implementação dos CF; Comunicação em CF; Indicadores de qualidade em CF), a dimensão da intensidade de participação segundo cada uma das perspetivas que constituem a atitude.

Fazendo assim uma leitura à luz dos principais temas discutidos, poderemos afirmar que na **conceptualização e caracterização dos CF** a dimensão cognitiva assume o maior peso, constituindo assim a entrevista uma exposição teórica dos conceitos pelos peritos. Em termos comportamentais podemos encontrar algumas descrições de

práticas pessoais da metodologia dos CF. A vertente afetiva expressa-se através de sentimentos de valorização da prática de cuidados diferenciados e alargados e indignação pela necessidade constante de demonstrar a mais-valia da intervenção farmacêutica.

No que refere à **caracterização da implementação dos CF** este foi um dos temas mais explorados, possivelmente e mais uma vez, pelo profundo conhecimento e experiência pessoal dos participantes e pelos sentimentos que são gerados em quem acredita, ensina e investiga a metodologia dos CF e é confrontado com uma missão frustrada pela fraca implementação existente.

A vertente cognitiva esteve fortemente patente através da extensa enumeração, realizada por todos, de eventuais causas para este panorama. Contudo, a real compreensão do fraco grau de implementação talvez não exista ainda de facto, uma vez que, nada foi efetivamente realizado até hoje no sentido de reverter esta situação, nomeadamente através da criação de um modelo mais adequado. Continua-se no fundo à procura das verdadeiras causas e de uma solução eficaz.

Relativamente à **comunicação em CF**, mais uma vez a área cognitiva foi dominante através de expressões sobre a importância desta ferramenta no relacionamento farmacêutico-doente e farmacêutico-médico. Também aqui surgem testemunhos das suas práticas particulares e expressões emotivas de valorização da comunicação. A assinalar uma lacuna pela falta de abordagem da importância da comunicação com outros profissionais de saúde externos para além do médico, como colegas farmacêuticos e da relevância da comunicação interna entre a própria equipa da farmácia. As causas para esta ausência talvez estejam relacionadas por um lado com a condução da entrevista que não se realizou nesse sentido e por outro pela reduzida reflexão e consciência sobre a sua importância.

Os indicadores da qualidade da comunicação de CF constituíram o 2º tema mais explorado e novamente com a vertente cognitiva a assumir a maior relevância. Este facto poder-se-á associar ao prévio conhecimento e experiência, no *setting* académico dos participantes, em avaliações com recurso a este tipo de instrumentos.

A vertente afetiva expressa-se no reconhecimento das dificuldades e limitações na criação e implementação de indicadores na área da comunicação em CF, na valorização do momento de comunicação da primeira dispensa e na importância de outras ocasiões de interação.

Resultaram da abordagem dos indicadores da qualidade um conjunto de informações relevantes para a afinação dos indicadores construídos e eventualmente para a designação de outros novos. Deste modo, a tabela abaixo pretende resumir as principais ideias geradas no âmbito da matéria central deste estudo, o desenho dos indicadores da qualidade da comunicação em CF.

Tabela 5.21 Resumo ideias geradas pelo FG sobre desenho dos indicadores.

Ideias	
Criação de indicadores da qualidade da comunicação aplicáveis à prática	✓
Localização discreta do observador durante a avaliação da comunicação na farmácia	✓
Criação de Indicador da qualidade da comunicação face a terapêuticas com indicações específicas	NOVO
Criação de Indicador para avaliação do tempo de duração da comunicação; avaliação da relação tempo de comunicação versus tempo de interação; avaliação da relação entre tempo de comunicação técnica versus comunicação social	NOVO
Criação de Indicador da qualidade da comunicação durante o <i>refill</i> da terapêutica	NOVO
Criação de indicador da qualidade da comunicação em gabinete	NOVO
Criação de Indicador da qualidade da comunicação entre doente e farmacêutico face à resolução de PRM	NOVO
Criação de Indicador da qualidade da comunicação com terceiros (cuidador)	NOVO
Indicador para a qualidade da comunicação na primeira prescrição	✓
Indicador para consolidada qualidade da comunicação com o médico mediante PRM detetados, com prova da comunicação realizada e com diferentes feedbacks, tratar o conteúdo da informação	✓
Diferenciação da comunicação com o médico em comunicação instantânea e consolidada	NOVO
Comprovação dos eventos de comunicação com o médico	NOVO
Admissão de diferentes cenários de reações do médico ao contato do farmacêutico	NOVO
Análise do conteúdo da comunicação com o médico (administrativa/técnica)	NOVO
Avaliação da utilização das formas escritas e/ou orais na generalidade dos eventos de comunicação	NOVO

6 Discussão Final

Cuidados Farmacêuticos

O conceito de CF mostrou-se perfeitamente familiar aos participantes de ambas as fases do estudo, sendo que durante o *focus group* a discussão entre os peritos revelou ainda assim alguma falta de consenso sobre o âmbito deste conceito, concordante com o referido em alguns estudos publicados sobre a matéria, apesar de toda a discussão teórica de que tem sido alvo (31, 32).

Os 12 países europeus envolvidos no estudo piloto de aplicabilidade dos indicadores, através dos seus colaboradores responsáveis, bem como, os 9 peritos portugueses em CF integrantes do *focus group* reconheceram, a importância desta tipologia de serviços farmacêuticos na projeção futura da profissão farmacêutica e foi confirmada a sua escassa e irregular implementação em geral na Europa e em particular em países da região Este deste continente. Foi igualmente focada a difícil translação do conceito teórico para um conjunto de atividades que de facto se concretizam na prática do exercício profissional (1, 66).

A fraca implementação dos CF foi matéria consensual e os fatores económicos, de formação, de tempo, de recursos humanos, de equipamento, de remuneração e de atitude foram largamente mencionados enquanto promotores deste panorama europeu, assim como o têm sido em diversos estudos neste âmbito (39, 66).

Em ambas as fases podemos encontrar testemunhos pontuais de práticas de CF, com metodologias próprias, em sintonia com o descrito na literatura, principalmente em países como a Suíça, Holanda, Espanha e Portugal (31, 40).

Foi possível constatar, através do trabalho realizado, que a farmácia comunitária encontra-se organizada de diferentes formas de acordo com o país europeu a que pertence, condicionando posicionamentos distintos do farmacêutico em cada realidade, em concordância com outras descrições já apresentadas previamente (1, 32).

O potencial da farmácia comunitária e do farmacêutico continua subutilizado na generalidade das realidades europeias, veja-se o caso da Europa mais a leste (113). Esta parece apresentar ainda um farmacêutico mais dedicado à dispensa simples de medicamentos, apesar da ampla cobertura deste território por farmácias e de equipas maioritariamente constituídas por farmacêuticos. Ao que parece a reduzida prática dos CF não se poderá atribuir simplesmente à falta de profissionais competentes. O farmacêutico poderá estar presente mas possivelmente não alocado a serviços mais avançados e diferenciados (1).

Uma Europa a diferentes velocidades e com falta de harmonização é assim uma das constatações mais evidentes do trabalho realizado (1, 32, 40).

Salientamos ainda a necessidade de criar cada vez mais evidência do impacto da intervenção da farmácia comunitária e do importante papel que o farmacêutico pode ocupar na rede de cuidados de saúde, de forma a angariar a vontade política de incluir estes serviços no conjunto de cuidados a prestar aos doentes como tem vindo a acontecer no Reino Unido (26).

Comunicação

A consciência sobre a importância da comunicação nos cuidados de saúde está patente em diversos estudos publicados e, no caso particular do farmacêutico, é referida pelas *International Pharmaceutical Federation* (FIP) e pela *World health Organization* (WHO) o dever deste profissional em “*provide advice to ensure that the patient receives and understands sufficient written and oral information derive maximum benefit from the treatment*” (67, 68, 79, 114).

Este aspeto é igualmente abordado nas 2 fases do estudo e de uma forma mais aprofundada através das opiniões dos peritos em CF.

Associada a esta questão é referenciada a necessidade de uma maior preparação dos profissionais envolvidos, em termos técnicos e de competências comunicacionais, de forma a garantir o uso racional e seguro dos medicamentos (67, 68, 79, 114).

Assim a comunicação, apesar do ainda limitado conhecimento existente, tem sido entendida, neste estudo e em outros, como imprescindível para qualquer prática em saúde, constituindo garantia de envolvimento e satisfação do doente, de adesão à terapêutica e de alcance de *outcomes* positivos na sua saúde (68, 79, 115).

O treino das ferramentas comunicacionais foi igualmente referido durante o estudo como fundamental para a melhoria destas competências, existindo já alguns testemunhos de investimento nesta área de aprendizagem e cada vez mais com recurso a uma forte componente prática encenada através de tecnologias inovadoras (115, 116).

A aprendizagem de ferramentas de comunicação, segundo o estudo piloto realizado, capta apenas a atenção de metade das farmácias abordadas e mostrou-se muito limitada em países como a Macedónia, Polónia e Letónia. Este cenário não é apenas europeu, países como a Austrália igualmente o retratam (67).

Pelo que, podemos concluir que existe consciência desta importância mas existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido da preparação de profissionais de saúde competentes em comunicação (67, 116).

Neste ponto poderemos eventualmente questionar a valorização atribuída à comunicação no curriculum do farmacêutico na Europa, as metodologias utilizadas na sua formação e até mesmo o limitado enfoque para a atitude de serviço ao outro, por parte do farmacêutico, na Europa.

A comunicação na forma oral prevalece sobre a escrita, mostram os resultados do estudo piloto, por esta ser considerada adequada e suficiente. Contudo, se considerarmos a mudança de paradigma nos cuidados em saúde para um modelo de decisão partilhada entre o doente e o profissional de saúde, a informação na forma escrita pode constituir uma ferramenta fundamental na educação deste novo doente que se pretende mais proactivo (117).

Encontra-se igualmente bem documentado o desejo dos doentes em receber informação escrita principalmente sobre efeitos adversos, riscos e benefícios (87).

A dispensa de informação na forma escrita apresenta como principais barreiras, referem as farmácias portuguesas e são confirmadas por estudos do tema, a baixa alfabetização da população, as dificuldades visuais dos idosos, a dificuldade de compreensão por parte de grupos específicos, a pouca aplicabilidade a volumes maiores de informação e a geração de ansiedade junto dos doentes (117).

Segundo dados do estudo e que são comuns a outras observações, o conteúdo da informação transmitida na farmácia comunitária aos doentes é formado essencialmente por dados de posologia, quer na forma oral ou escrita na cartonagem e a informação mais aprofundada associa-se apenas pontualmente à dispensa devido a fatores como a falta de tempo, de formação técnica e de ferramentas de apoio (114).

Salientamos igualmente a referência, na literatura e no estudo, à comunicação farmacêutico - doente encontrar-se muito baseada em aspetos da terapêutica, quando a abordagem centrada nas necessidades expressas do doente mostra-se muito mais efetiva na *compliance* e fidelização deste (79).

Os doentes por seu lado, segundo resultados do estudo piloto, são muito recetivos ao aconselhamento prestado na farmácia, ainda que este tenha já sido disponibilizado pelo médico. Este aspeto foi alvo de análise na literatura e o conselho do farmacêutico entendido como uma possibilidade de esclarecer e reforçar a informação com um profissional mais próximo e acessível, capacitando o doente para participar nas decisões sobre a sua saúde (87).

Sendo que a comunicação é referida como fundamental para a realização dos CF e admitindo a sua presença e qualidade limitadas, expressa em alguns estudos recentes e igualmente em ambas as fases do presente estudo, parece-nos que este poderá constituir um argumento de muito peso para a fraca concretização dos CF (68, 113).

Podemo-nos questionar sobre se estão de fato criados os canais de comunicação com o doente e/ou cuidador e com os outros profissionais de saúde, sobre se o farmacêutico perceciona a comunicação como a via para estabelecer relações de confi-

ança com o doente e médico; sobre se o farmacêutico para além de possuir conhecimentos técnicos adequados estará preparado para os transmitir com sucesso. Esta realidade suporta o desenvolvimento de métricas para a captura e caracterização destes comportamentos nos profissionais que desejam promover um exercício profissional de excelência.

Indicadores da qualidade da comunicação

A conceção dos indicadores foi entendida pelo grupo de peritos que integraram o grupo focal como difícil pela multiplicidade de variáveis que podem influenciar a comunicação estabelecida na farmácia comunitária. De acordo com esta ideia, a defesa da construção de indicadores de *outcome*, considerados ideais para esta avaliação, foi abandonada em defesa de indicadores de processo pelo seu menor índice de interferências garantido pela sua análise mais a montante (99).

A utilização do “cliente mistério” para avaliação da comunicação estabelecida neste contexto é considerada na literatura como boa prática metodológica (79, 85, 114), não apareceu contudo referida como comentário durante este estudo.

O desenho original dos indicadores incidia sobre a observação da comunicação do farmacêutico na farmácia comunitária e que após afinação foi ajustado para a monitorização da comunicação da generalidade dos profissionais de farmácia uma vez que, em alguns países como a Suíça, a dispensa era na sua maioria realizada por não farmacêuticos. Este aspeto destaca a tendência gradual de transição, do conceito de cuidados farmacêuticos em farmácia comunitária, de serviços realizados apenas por este profissional de saúde para o conjunto de serviços que na generalidade a farmácia pode prestar (32).

A exploração da comunicação na dispensa foi encarada como importante dada a implementação limitada de outros níveis de serviços, confirmada através do retrato dos CF nos países da Europa participantes na 1ª fase deste estudo e de outros trabalhos neste contexto (1, 31).

A comunicação na dispensa de nova prescrição foi assinalada como pertinente de forma consensual pelo grupo de peritos bem como, pelos participantes e resultados do estudo piloto, por se tratar de um momento sensível que carece de reforço de informação que assegure a *compliance* à nova terapêutica. Este momento particular de aconselhamento é contemplado na literatura e nas boas práticas para a atividade de aconselhamento farmacêutico (35, 114).

A importância deste momento é ilustrada, neste estudo e na literatura, pela maior taxa de aconselhamento verificada nesta situação comparativamente com todas as outras interações e pela preocupação espontânea revelada pelos profissionais em detetar estes eventos (114).

A identificação de 1ª prescrição está facilitada quando a farmácia possui um sistema de registo dos doentes que, através da 1ª fase deste estudo, pudemos perceber apenas estar presente em países como a Holanda, Dinamarca e Espanha.

Os casos de 1ª prescrição sem aconselhamento estiveram associados principalmente a 3 variáveis, a atividade dos técnicos de farmácia, dos profissionais com maior número de anos de experiência profissional e o principal fundamento para esta ocorrência foi a informação ter sido previamente cedida pelo médico.

Estes dados conduzem-nos à reflexão de que o farmacêutico poderá estar mais sensibilizado, pela sua formação, para a importância de transmitir informação no momento da 1ª dispensa comparativamente com outras categorias profissionais dentro da farmácia, que o maior número de anos de prática poderá estar associado a uma postura de maior comodismo e uma educação inicial e formação contínua menos dirigidas à comunicação (79) e finalmente que, apesar de alguma informação poder ter sido já disponibilizada pelo médico, a farmácia possui a oportunidade de clarificar e reforçar alguns aspetos bem como, identificar lacunas de informação em que a intervenção do farmacêutico poderá mostrar-se uma mais-valia.

Sobre este aspeto o estudo de Keshishian *et al.* (2008) revela que os utentes idosos apresentam um maior grau de satisfação com o aconselhamento do médico relati-

vamente ao prestado pelo farmacêutico, o qual ainda se mostra muito insuficiente, o que implica uma reflexão da classe sobre este tema (113).

O presente estudo na 1ª fase encontrou que a dispensa de informação escrita foi observada, em cerca de 30% das interações e a sua natureza era essencialmente dedicada a dados de posologia inscritos na cartonagem da medicação. Contudo, a literatura demonstra que os doentes desejam receber informação escrita principalmente sobre aspetos como precauções, contraindicações, efeitos adversos e conservação dos medicamentos (117).

Os resultados do presente estudo foram justificados com os factos da informação oral ser considerada completa e suficiente, da maioria dos produtos dispensados serem de utilização regular e do folheto informativo conter toda a informação necessária.

Podemos inferir que a informação escrita e personalizada não é ainda encarada pela farmácia como um meio de disponibilizar um aconselhamento mais definitivo e de excelência, passível de retorno em termos de conquista de confiança e consequente fidelização dos utentes (117).

A comunicação interprofissional e principalmente com o médico foi igualmente encarada, no âmbito do *focus group*, como condição essencial para a viabilidade dos CF à imagem de observações encontradas em outros trabalhos (39, 93).

Em ambas as fases do estudo, esta interação foi referida como apresentando algumas limitações essencialmente pelo pouco acesso ao contato do médico e mais difícil com aqueles que exercem em Centros de Saúde ou Hospitais, ou porque o contato era muitas vezes estabelecido pelo próprio doente ou ainda porque a intervenção do farmacêutico por si só revelou-se suficiente para a solução.

Os peritos em CF referiram ainda como barreiras a esta comunicação uma postura pouco confiante do farmacêutico, uma preparação técnica pouco consistente, uma falta de estruturação desta intervenção e mesmo uma falta de interesse e disponibilidade de ambas as partes. Para além destas barreiras, o estudo de Maria Rubio-Valera *et al* (2012) refere resistência nesta relação associada à falta de conhecimen-

to pelo médico da utilidade da colaboração com o farmacêutico e à faceta muito economicista que atribuem a este profissional (93).

Novamente os países do leste europeu revelaram maiores dificuldades neste contacto, traduzidas num maior distanciamento relativamente ao médico. E mais uma vez, a falta de competências comunicacionais parece estar a comprometer o desempenho do farmacêutico.

Contudo, em ambas as fases do estudo, foi focada a pertinência de ser observada a comunicação em outros momentos de interação para além dos selecionados nos indicadores em causa e que foi corroborada pela maior representatividade de eventos de *refill* e dispensa de OTC na totalidade das interações observadas durante o estudo piloto.

Através da apreciação dos dados gerados pelo estudo piloto foi perceptível que a dispensa de OTC não é entendida como uma interação farmacêutico-doente merecedora de grande atenção, apesar da não intervenção prévia de outro profissional de saúde e da contestação existente, em Portugal, pela colocação deste grupo de medicamentos fora da alçada da farmácia comunitária alegando falta de supervisão técnica. Esta evidência existiu igualmente em outros trabalhos (85).

Em Portugal existe alguma orientação por parte da Ordem dos Farmacêuticos e Associação Nacional de Farmácias através de protocolos de aconselhamento associados à dispensa de OTC, contudo os resultados obtidos remetem-nos para a sua limitada adoção e a literatura refere a necessidade da adequação dos referidos protocolos a um maior envolvimento do doente (118).

Esta mesma análise permitiu constatar que o *refill* da terapêutica não é igualmente percecionado como uma oportunidade de monitorização de efeitos adversos desenvolvidos, erros de utilização cometidos, eficácia e adesão à terapêutica, e deste modo estreitar laços com os utentes principalmente da faixa etária mais idosa, tal como podemos encontrar referido em alguns trabalhos (113, 114).

Apresentamos infra um *draft* de um grupo de indicadores renovados, fruto de um conjunto de testes e discussões, para a qualidade da comunicação nos CF na farmá-

cia comunitária europeia. Futuramente e no intuito de alcançar uma versão cada vez mais robusta destes instrumentos seria desejável testá-los numa amostra europeia mais alargada.

Draft Novos Indicadores

Tabela 6.1 Draft Novos Indicadores.

Indicadores da qualidade da comunicação em CF		
	Indicador da comunicação com o Doente	Indicador da comunicação interprofissional
Alvo	Interação entre o profissional de farmácia e o doente ou cuidador	Interação entre o profissional de farmácia e outro profissional de saúde
Contexto	Interação na 1ª prescrição; no <i>refill</i> da terapêutica; nos pedidos de informação simples; dispensa sem receita; monitorização de parâmetros; consulta farmacêutica; <i>DRPs</i> detetados.	Interação mediante <i>DRPs</i> detetados na farmácia
Ratio	Nº eventos com comunicação/totalidade das interações	Nº eventos com comunicação/totalidade dos <i>DRPs</i> detetados
Formas	Oral e/ou escrita	Oral e/ou escrita
Conteúdo	Administrativo/técnico/social	Administrativo/técnico/social
Tempo	Tempo de interação; tempo de comunicação	Tempo decorrido até contato
Via	Face a face, telefone, fax, <i>email</i> ...	Face a face, telefone, fax, <i>email</i> ...
Feedback	Reação favorável/desfavorável/indiferente	Reação favorável/desfavorável/indiferente
Resultado	-	Alterações/ajustes na terapêutica

7 Conclusões

A principal ambição deste estudo foi a criação e validação de um conjunto de indicadores que permitissem mensurar a qualidade da comunicação no âmbito dos Cuidados Farmacêuticos prestados em farmácias comunitárias europeias.

A metodologia utilizada para alcançar este objetivo foi, numa 1ª fase, um estudo piloto de aplicabilidade dos indicadores em farmácias comunitárias de 12 estados europeus e, numa 2ª fase, a realização de um *focus group* com um conjunto de peritos portugueses em CF.

Esta opção metodológica permitiu, com as devidas limitações, recolher por um lado dados de observação em contexto real e por outro informação sobre a opinião e atitudes de todos os colaboradores no estudo piloto (coordenador no país, observador e profissionais de farmácia) e dos peritos portugueses em CF.

O estudo foi responsável pela geração de um conjunto de dados essencialmente em 2 vertentes distintas. Por um lado, informação sobre o desenho dos próprios indicadores, constituída por sugestões de alterações e afinações assim como, atitudes dos peritos sobre os mesmos. Num outro prisma, conhecimento e atitudes sobre o panorama dos CF e a comunicação na Europa e em particular em Portugal.

As principais conclusões observadas e implicações para a prática futura foram:

- A farmácia comunitária e os CF em particular podem constituir uma oportunidade de melhorar a intervenção em saúde junto da população, beneficiando da sua estrutura, bagagem técnica, ampla distribuição, alargada disponibilidade e proximidade. Contudo, existe até à data um subaproveitamento destas particularidades.
- Os CF são ainda entendidos como uma oportunidade de *empowerment* do papel do farmacêutico.

- Contrariando o expectável, considerando as suas mais-valias, a implementação destes serviços é limitada e, no sentido de combater este cenário, o reconhecimento do seu verdadeiro valor acrescentado por esferas com poder decisional torna-se essencial.
- O panorama dos CF é igualmente pautado por estratégias e velocidades de implementação muito distintas entre países europeus, tendo este constituído sem dúvida o maior desafio para a aplicabilidade dos indicadores, o que nos impele para a necessidade de uma maior concertação e harmonização a este nível.
- O valor acrescentado destes serviços deverá ser exposto e defendido associado, obrigatoriamente, a elevados padrões de qualidade para os quais a contribuição de indicadores da qualidade parece fazer todo o sentido.
- A existência de indicadores da qualidade nesta vertente é praticamente nula, sendo que a sua utilização poderia permitir fotografar o panorama dos CF, atuar mediante os resultados encontrados, planeando formas de aumentar a sua aplicabilidade e eficácia e testando-as em seguida, numa perspetiva de controlo e melhoria contínua de processos, em analogia com o que é preconizado por Dr. W. Edwards Deming através do seu Ciclo de *Deming (Plan-Do-Check-Act)* na gestão de sistemas da qualidade.
- Assim, a criação de métricas, isto é, indicadores com critérios de qualidade bem definidos no contexto dos CF, poderão constituir uma via para a criação de evidência da utilidade destes serviços e deste modo, gerar argumentos a seu favor junto das autoridades competentes.
- Os CF podem ser explorados segundo distintas perspetivas, o foco deste estudo foi a comunicação, tendo sido opinião consensual que esta deve inequivocamente ocorrer para que estes se concretizem com sucesso.
- A comunicação constitui à partida uma variável difícil de mensurar e avaliar pelo que a criação de indicadores de processo, considerando o pouco trabalho desenvolvido até à data nesta área, torna-se imprescindível e desafiante. Este estudo permitiu concluir sobre a importância de desenvolver indicadores de processo na comunicação em oposição aos indicadores de *outcome*, mais fáceis de mensurar, pelo menor grau de confundimento existente na avaliação durante o decorrer da comunicação.
- Este estudo permitiu igualmente verificar que a comunicação não acontece com a frequência, forma e conteúdo que seriam desejáveis em interações entre profissionais de saúde e, entre estes e os doentes. Podemos afirmar que se os canais de co-

municação não se encontrarem abertos e ativos torna-se inglório o investimento na formação técnica dos profissionais. A comunicação pode muito bem constituir uma verdadeira barreira ao esforço de implementação dos CF, merecedora de maior reflexão futura. Mais uma vez se denuncia a utilidade da existência de indicadores a este nível que poderão permitir projetar critérios/padrões de qualidade.

- As 2 fases do projeto permitiram a geração de um agregado de conhecimentos que se traduziu em alterações, ajustes ou afinações dos indicadores e que concorreram para a sua validação para a realidade da farmácia comunitária europeia.
- Essencialmente foi concluída a necessidade de ajustar os indicadores à realidade da farmácia comunitária europeia e não cair na tentação de tentar encaixar a realidade num conjunto de indicadores teóricos ideais.
- São igualmente conclusões a pertinência de analisar outros momentos de interação, pela sua grande representatividade como o *refill* da terapêutica, ou pela sua particularidade, a monitorização de parâmetros e a consulta farmacêutica.
- Foi igualmente considerado adequado analisar a comunicação que se estabelece com terceiros (cuidadores), cada vez mais frequente.
- Foi ainda possível perceber a importância de analisar as diferentes formas utilizadas para a comunicação bem como, o peso dos seus conteúdos técnico, administrativo e até social.
- A importância dos CF e da comunicação neste contexto encontra-se interiorizada contudo a translação desta atitude para medidas efetivas ainda não foi concretizada. Os indicadores poderão desempenhar um papel relevante e os seus resultados da sua aplicação deverão ser seguidos de medidas de correção nomeadamente na aposta numa maior e melhor formação do farmacêutico como comunicador e como profissional centrado no serviço ao doente.
- Uma melhor comunicação será com toda a certeza o resultado de uma maior responsabilização do farmacêutico pelos seus doentes e de um desenvolver do sentido de servir o outro, pelo que alterações culturais deverão acontecer.

Bibliografia

1. Ivanovska V. Pharmacy practice in the Republic of Macedonia. *South Med Rev.* 2011;4(2):88-91.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43.
3. Muijers PE, Knottnerus JA, Sijbrandij J, Janknegt R, Grol RP. Changing relationships: attitudes and opinions of general practitioners and pharmacists regarding the role of the community pharmacist. *Pharm World Sci.* 2003;25(5):235-41.
4. Young SW, Bishop LD, Conway A. Interventions performed by community pharmacists in one Canadian province: a cross-sectional study. *Ther Clin Risk Manag.* 2012;8:415-21.
5. Jankelowitz SK, Spies JM, Burke D. Late-onset neurological symptoms in thalidomide-exposed subjects: a study of an Australasian cohort. *Eur J Neurol.* 2013;20(3):509-14.
6. Winslade N, Taylor L, Shi S, Schuwirth L, Van der Vleuten C, Tamblyn R. Monitoring community pharmacist's quality of care: a feasibility study of using pharmacy claims data to assess performance. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:12.
7. George PP, Molina JA, Cheah J, Chan SC, Lim BP. The evolving role of the community pharmacist in chronic disease management - a literature review. *Ann Acad Med Singapore.* 2010;39(11):861-7.
8. Bush J, Langley CA, Wilson KA. The corporatization of community pharmacy: implications for service provision, the public health function, and pharmacy's claims to professional status in the United Kingdom. *Res Social Adm Pharm.* 2009;5(4):305-18.
9. Laliberte MC, Perreault S, Damestoy N, Lalonde L. Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross-sectional study in Quebec, Canada. *BMC Public Health.* 2012;12:192.
10. Saramunee K, Krska J, Mackridge A, Richards J, Suttajit S, Phillips-Howard P. How to enhance public health service utilization in community pharmacy?: General public and health providers' perspectives. *Res Social Adm Pharm.* 2012.

11. Martin Morales A, Hatzichristou D, Ramon Llados J, Pascual Renedo V, Pimenidou A. Community Pharmacy Detection of Erectile Dysfunction in Men with Risk Factors or Who Seek Treatment or Advice but Lack a Valid Prescription. *J Sex Med.* 2013.
12. Gillespie U, Alassaad A, Hammarlund-Udenaes M, Morlin C, Henrohn D, Bertilsson M, et al. Effects of pharmacists' interventions on appropriateness of prescribing and evaluation of the instruments' (MAI, STOPP and STARTs') ability to predict hospitalization--analyses from a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2013;8(5):e62401.
13. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management. *Ann Pharmacother.* 2007;41(10):1569-82.
14. Doucette WR, Witry MJ, Farris KB, McDonough RP. Community pharmacist-provided extended diabetes care. *Ann Pharmacother.* 2009;43(5):882-9.
15. McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, King KM, Makowsky MJ, Jones CA, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus: study of cardiovascular risk intervention by pharmacists-hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med.* 2008;168(21):2355-61.
16. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: Systematic review and meta-analysis in hypertension management. *Ann Pharmacother.* 2007;41(11):1770-81.
17. Charrois TL, Zolezzi M, Koshman SL, Pearson G, Makowsky M, Durec T, et al. A systematic review of the evidence for pharmacist care of patients with dyslipidemia. *Pharmacotherapy.* 2012;32(3):222-33.
18. Tsuyuki RT, Olson KL, Dubyk AM, Schindel TJ, Johnson JA. Effect of community pharmacist intervention on cholesterol levels in patients at high risk of cardiovascular events: the Second Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP-plus). *Am J Med.* 2004;116(2):130-3.
19. Yuksel N, Majumdar SR, Biggs C, Tsuyuki RT. Community pharmacist-initiated screening program for osteoporosis: randomized controlled trial. *Osteoporos Int.* 2010;21(3):391-8.
20. Berenguer B, La Casa C, de la Matta MJ, Martin-Calero MJ. Pharmaceutical care: past, present and future. *Curr Pharm Des.* 2004;10(31):3931-46.
21. Santschi V, Chiolerio A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med.* 2011;171(16):1441-53.
22. Freeman C, Cottrell WN, Kyle G, Williams I, Nissen L. Integrating a pharmacist into the general practice environment: opinions of pharmacist's, general

practitioner's, health care consumer's, and practice manager's. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:229.

23. Al Khalidi D, Wazaify M. Assessment of pharmacists' job satisfaction and job related stress in Amman. *Int J Clin Pharm.* 2013.

24. Cavaco AM, Dias JP, Bates IP. Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci.* 2005;27(1):54-60.

25. Gastelurrutia MA, de San Vicente OG, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernandez-Llimos F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharm World Sci.* 2006;28(6):374-6.

26. Brown D, Portlock J, Rutter P. Review of services provided by pharmacies that promote healthy living. *Int J Clin Pharm.* 2012;34(3):399-409.

27. Mossialos E, Naci H, Courtin E. Expanding the role of community pharmacists: Policymaking in the absence of policy-relevant evidence? *Health Policy.* 2013;111(2):135-48.

28. Frankel GE, Austin Z. Responsibility and confidence: Identifying barriers to advanced pharmacy practice. *Can Pharm J (Ott).* 2013;146(3):155-61.

29. Simmons-Yon A, Roth MT, Vu M, Kavalieratos D, Weinberger M, Rao JK. Understanding pharmacists' experiences with advice-giving in the community pharmacy setting: a focus group study. *Patient Educ Couns.* 2012;89(3):476-83.

30. Strand L, Cipolle R, Morley P, Perrier D. Levels of pharmaceutical care: a needs-based approach. *Am J Hosp Pharm.* 1991;48(3):547-50.

31. van Mil JW, Fernandez-Llimos F. What is 'pharmaceutical care' in 2013? *Int J Clin Pharm.* 2013;35(1):1-2.

32. Moullin JC, Sabater-Hernandez D, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI. Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Res Social Adm Pharm.* 2013.

33. Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm.* 1975;32(6):567-74.

34. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. *Am J Pharm Educ.* 1980;44(3):276-8.

35. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Trave P, Penarrubia-Maria MT, Ruiz M, Pujol MM. Community pharmacist intervention in depressed primary care patients (PRODEFAR study): randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health.* 2009;9:284.

36. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. *Curr Pharm Des.* 2004;10(31):3987-4001.

37. Lee JK, Slack MK, Martin J, Ehrman C, Chisholm-Burns M. Geriatric patient care by u.s. Pharmacists in healthcare teams: systematic review and meta-analyses. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(7):1119-27.
38. Lai PS, Chua SS, Chan SP. Impact of pharmaceutical care on knowledge, quality of life and satisfaction of postmenopausal women with osteoporosis. *Int J Clin Pharm.* 2013.
39. Gastelurrutia MA, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. [Barriers for the implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies]. *Aten Primaria.* 2007;39(9):465-70.
40. van Mil JW. Pharmaceutical care in community pharmacy: practice and research in the Netherlands. *Ann Pharmacother.* 2005;39(10):1720-5.
41. Westerlund LT, Bjork HT. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Sweden. *Ann Pharmacother.* 2006;40(6):1162-9.
42. Herborg H, Sorensen EW, Frokjaer B. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Denmark. *Ann Pharmacother.* 2007;41(4):681-9.
43. Bell JS, Vaananen M, Ovaskainen H, Narhi U, Airaksinen MS. Providing patient care in community pharmacies: practice and research in Finland. *Ann Pharmacother.* 2007;41(6):1039-46.
44. Noyce PR. Providing patient care through community pharmacies in the UK: policy, practice, and research. *Ann Pharmacother.* 2007;41(5):861-8.
45. Jones EJ, Mackinnon NJ, Tsuyuki RT. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Canada. *Ann Pharmacother.* 2005;39(9):1527-33.
46. Svarstad BL, Bultman DC, Mount JK. Patient counseling provided in community pharmacies: effects of state regulation, pharmacist age, and busyness. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2004;44(1):22-9.
47. Benrimoj SI, Roberts AS. Providing patient care in community pharmacies in Australia. *Ann Pharmacother.* 2005;39(11):1911-7.
48. Hughes CM, Hawwa AF, Scullin C, Anderson C, Bernsten CB, Bjornsdottir I, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharm World Sci.* 2010;32(4):472-87.
49. Kijlstra N, Ridge K, Walser S. Pharmaceutical Care - Where do we stand - Where should we go? Strasbourg: Council of Europe, 2009.
50. Montgomery AT, Kalvemark-Sporrong S, Henning M, Tully MP, Kettis-Lindblad A. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharm World Sci.* 2007;29(6):593-602.
51. Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. *Ann Pharmacother.* 2006;40(4):729-35.

52. Mestrovic A, Stanicic Z, Hadziabdic MO, Mucalo I, Bates I, Duggan C, et al. Evaluation of Croatian community pharmacists' patient care competencies using the general level framework. *Am J Pharm Educ.* 2011;75(2):36.
53. Piecuch A, Kozłowska-Wojciechowska M. Self-medication in Poland: the pharmacist's advisory role in Warsaw. *Int J Clin Pharm.* 2013;35(2):225-9.
54. Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernandez-Llimos F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother.* 2005;39(12):2105-10.
55. Yamamura S, Yamamoto N, Oide S, Kitazawa S. Current state of community pharmacy in Japan: practice, research, and future opportunities or challenges. *Ann Pharmacother.* 2006;40(11):2008-14.
56. Basak SC, van Mil JW, Sathyanarayana D. The changing roles of pharmacists in community pharmacies: perception of reality in India. *Pharm World Sci.* 2009;31(6):612-8.
57. Costa S, Santos C, Silveira J. Community pharmacy services in Portugal. *Ann Pharmacother.* 2006;40(12):2228-34.
58. Barnett MJ, Frank J, Wehring H, Newland B, VonMuenster S, Kumbera P, et al. Analysis of pharmacist-provided medication therapy management (MTM) services in community pharmacies over 7 years. *J Manag Care Pharm.* 2009;15(1):18-31.
59. Benrimoj SI, Frommer MS. Community pharmacy in Australia. *Aust Health Rev.* 2004;28(2):238-46.
60. Singleton JA, Nissen LM. Future-proofing the pharmacy profession in a hypercompetitive market. *Res Social Adm Pharm.* 2013.
61. Hatah E, Tordoff J, Duffull SB, Braund R. Pharmacists' performance of clinical interventions during adherence support medication reviews. *Res Social Adm Pharm.* 2013.
62. de Castro MS, Correr CJ. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Brazil. *Ann Pharmacother.* 2007;41(9):1486-93.
63. King RC, Fomundam HN. Remodeling pharmaceutical care in Sub-Saharan Africa (SSA) amidst human resources challenges and the HIV/AIDS pandemic. *Int J Health Plann Manage.* 2010;25(1):30-48.
64. Ibrahim A, Scott J. Community pharmacists in Khartoum State, Sudan: their current roles and perspectives on pharmaceutical care implementation. *Int J Clin Pharm.* 2013;35(2):236-43.
65. Tumkur A, Muragundi P, Shetty R, Naik A. Pharmaceutical care: need of the hour in India. *J Young Pharm.* 2012;4(4):282-6.
66. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, de Amezua MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci.* 2009;31(1):32-9.
67. Wallman A, Vaudan C, Sporrang SK. Communications training in pharmacy education, 1995-2010. *Am J Pharm Educ.* 2013;77(2):36.

68. Olsson E, Ingman P, Ahmed B, Kalvemmark Sporrang S. Pharmacist-patient communication in Swedish community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. 2013.
69. Raynor DK, Blenkinsopp A, Knapp P, Grime J, Nicolson DJ, Pollock K, et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technol Assess*. 2007;11(5):iii, 1-160.
70. Doyle C, Reed J, Woodcock T, Bell D. Understanding what matters to patients - identifying key patients' perceptions of quality. *JRSM Short Rep*. 2010;1(1):3.
71. Moore P, Gomez G, Kurtz S, Vargas A. [Doctor patient communication: which skills are effective?]. *Rev Med Chil*. 2010;138(8):1047-54.
72. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-9.
73. Nunes JMM. Comunicação em contexto clínico. Carnaxide: Bayer Portugal,SA; 2007. 194 p.
74. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JV, Meier MJ. [Comfort and communication measures in nursing caring actions for critically ill patients]. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(2):174-9.
75. Ingar N, Farrell B, Pottie K. Building a welcoming community: The role of pharmacists in improving health outcomes for immigrants and refugees. *Can Pharm J (Ott)*. 2013;146(1):21-5.
76. Murad MS, Chatterley T, Guirguis LM. A meta-narrative review of recorded patient-pharmacist interactions: Exploring biomedical or patient-centered communication? *Res Social Adm Pharm*. 2013.
77. FIP statement of policy medicines information for patients. Basel: FIP; 2008. [Consultado em 25-05-2012]. Available from: http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=290&table_id.
78. Guirguis LM, Chewning BA. Role theory: literature review and implications for patient-pharmacist interactions. *Res Social Adm Pharm*. 2005;1(4):483-507.
79. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Pharmacist-patient communication on use of antidepressants: A simulated patient study in community pharmacy. *Res Social Adm Pharm*. 2013.
80. Worley-Louis MM, Schommer JC, Finnegan JR. Construct identification and measure development for investigating pharmacist-patient relationships. *Patient Educ Couns*. 2003;51(3):229-38.
81. Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. Geneva: World Health Organization, 2011. WHO Technical Report Series, 961.
82. Llor C, Cots JM. Dispensing of antibiotics without a medical prescription and communication skills of pharmacists. *Aten Primaria*. 2013.

83. Alkatheri AM, Albekairy AM. Does the patients' educational level and previous counseling affect their medication knowledge? *Ann Thorac Med.* 2013;8(2):105-8.
84. O'Neal KS, Crosby KM, Miller MJ, Murray KA, Condren ME. Assessing health literacy practices in a community pharmacy environment: Experiences using the AHRQ Pharmacy Health Literacy Assessment Tool. *Res Social Adm Pharm.* 2012.
85. Mesquita AR, de Oliveira Sa DA, Santos AP, de Almeida Neto A, Lyra DP, Jr. Assessment of pharmacist's recommendation of non-prescription medicines in Brazil: a simulated patient study. *Int J Clin Pharm.* 2013.
86. Tully MP, Beckman-Gyllenstrand A, Bernsten CB. Factors predicting poor counselling about prescription medicines in Swedish community pharmacies. *Patient Educ Couns.* 2011;83(1):3-6.
87. Nair K, Dolovich L, Cassels A, McCormack J, Levine M, Gray J, et al. What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Can Fam Physician.* 2002;48:104-10.
88. Kaae S, Mygind A, Saleem S. A characterization of the current communication patterns in Danish community pharmacies - An observational study. *Res Social Adm Pharm.* 2012.
89. Kaae S, Traulsen JM, Norgaard LS. Challenges to counseling customers at the pharmacy counter--why do they exist? *Res Social Adm Pharm.* 2012;8(3):253-7.
90. Awalom MT, Kidane ME, Abraha BW. Physicians' views on the professional roles of pharmacists in patient care in Eritrea. *Int J Clin Pharm.* 2013.
91. Effken J, Gephart S, Bianchi D, Verran J. Correlations of nursing communication network metrics with patient outcomes. *AMIA Annu Symp Proc.* 2010;2010:197-201.
92. Rieck A, Pettigrew S. How physician and community pharmacist perceptions of the community pharmacist role in Australian primary care influence the quality of collaborative chronic disease management. *Qual Prim Care.* 2013;21(2):105-11.
93. Rubio-Valera M, Jove AM, Hughes CM, Guillen-Sola M, Rovira M, Fernandez A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:188.
94. Azmi S, Nazri N, Azmi AH. Extending the roles of community pharmacists: views from general medical practitioners. *Med J Malaysia.* 2012;67(6):577-81.
95. Wustmann AF, Haase-Strey C, Kubiak T, Ritter CA. Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany: attitudes and needs. *Int J Clin Pharm.* 2013.
96. Geurts MM, Talsma J, Brouwers JR, de Gier JJ. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;74(1):16-33.

97. Carvalho IP, Ribeiro-Silva R, Pais VG, Figueiredo-Braga M, Castro-Vale I, Teles A, et al. [Teaching doctor-patient communication - a proposal in practice]. *Acta Med Port.* 2010;23(3):527-32.
98. Brown LM. Measurement of pharmacy quality metrics at the pharmacy level should be our goal. *J Am Pharm Assoc.* 2009;49(2):153.
99. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(3):Suppl:166-206.
100. Verrue C, Mehuys E, Boussery K, Adriaens E, Remon JP, Petrovic M. A pharmacist-conducted medication review in nursing home residents: impact on the appropriateness of prescribing. *Acta Clin Belg.* 2012;67(6):423-9.
101. Kirwin J, Canales AE, Bentley ML, Bungay K, Chan T, Dobson E, et al. Process indicators of quality clinical pharmacy services during transitions of care. *Pharmacotherapy.* 2012;32(11):e338-47.
102. Kijlstra N, Ridge K, Walser S. Project protocol: Development of indicators for the assessment of pharmaceutical care in Europe. Strasbourg: Council of Europe, 2009.
103. Donabedian A. Quality of care: problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. *Am J Public Health Nations Health.* 1969;59(10):1833-6.
104. A Recolha de Dados: *Focus Groups* (Grupos de Discussão). In: Manual Técnico II: Métodos e Técnicas de Avaliação. Lisboa: Comissão Europeia, Observatório do QREN; [2008?]. [Consultado em 30-04-2012]. Available from: <http://www.observatorio.pt/download.php?id=204>.
105. Smith F. Research methods in pharmacy practice. London.Chicago: Pharmaceutical Press; 2002. 286 p.
106. Grudens-Schuck N, Allen BL, Larson K. Focus Group Fundamentals. Ames, Iowa: Iowa State University; 2004. [Consultado em 30-04-2012]. Available from: <http://www.extension.iastate.edu/publications/pm1969b.pdf>.
107. Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry.* 2012;12:62.
108. McNamara C. General Guidelines for Conducting Research Interviews. Minneapolis: Free Management Library, Authenticity Consulting, LLC; [Consultado em 30-04-2012]. Available from: <http://managementhelp.org/businessresearch/interviews.htm>.
109. Blank G. Conducting A Focus Group. Bethlehem: Lehigh University; [Consultado em 30-04-2012]. Available from: <http://www.cse.lehigh.edu/~glennb/mm/FocusGroups.htm>.

110. Trochim WMK. Qualitative Validity. In: Research Methods Knowledge Base. 2006. [Consultado em 23-04-2013]. Available from: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/qualval.php>.
111. Vala J, Monteiro MB. Psicologia social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002. 625 p.
112. Fletcher T, Haynes J, Miller J. The effects of grouping by perceived ability on the attitude of year ten students toward physical education. In: Jeffery PL, editor. Australian Association for Research in Education Conference AARE; Parramatta, NSW: AARE; December 2005.
113. Keshishian F, Colodny N, Boone RT. Physician-patient and pharmacist-patient communication: geriatrics' perceptions and opinions. Patient Educ Couns. 2008;71(2):265-84.
114. Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies. Res Social Adm Pharm. 2009;5(3):197-210.
115. Bachmann C, Barzel A, Roschlaub S, Ehrhardt M, Scherer M. Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? Patient Educ Couns. 2013.
116. Hussainy SY, Styles K, Duncan G. A virtual practice environment to develop communication skills in pharmacy students. Am J Pharm Educ. 2012;76(10):202.
117. Hamrosi KK, Raynor DK, Aslani P. Pharmacist and general practitioner ambivalence about providing written medicine information to patients-A qualitative study. Res Social Adm Pharm. 2013.
118. Cavaco AM, Pereira PF. Pharmacists' counseling protocols for minor ailments: a structure-based analysis. Res Social Adm Pharm. 2012;8(1):87-100.

Anexos

A1. Manual de aplicação dos indicadores de qualidade da comunicação em CF (*Research Manual*)

EUROPEAN COMMITTEE ON PHARMACEUTICALS AND PHARMACEUTICAL CARE
COMMITTEE OF EXPERTS ON QUALITY AND SAFETY STANDARDS IN PHARMACEUTICAL PRACTICES
AND PHARMACEUTICAL CARE

Applicability study of Communication Indicators in Pharmaceutical Care

Research Manual

Afonso Cavaco, Paula Sousa Ferreira

Faculty of Pharmacy, University of Lisbon, Portugal

E: acavaco@ff.ul.pt P: +351217946456

Index

Presentation.....	3
Study Context.....	4
Study Protocol	
1. Introduction.....	6
1.2. Definitions.....	7
1.3. Study objectives.....	9
2. Materials and Methods	
2.1. Study implementation.....	10
2.2. Study 2 procedures and requirements (main study instructions)	11
2.2.1. Instructions for the CC (country coordinator).....	11
2.2.1.1. In relation to Indicators C1 (IC) and C2 (PWI).....	11
2.2.1.2. In relation to Indicator C3 (PPC).....	12
2.2.2. Instructions for the FR (field researcher).....	12
2.2.2.1. In relation to Indicators C1 (IC) and C2 (PWI).....	12
2.2.2.2. In relation to Indicator C3 (PPC).....	13
3. Final Remarks.....	15
Annexes	
Annex A General portrait of Pharmaceutical Care in ____.....	16
Annex B Pharmacy invitation letter.....	17
Annex C0 Professional-patient episodes registration.....	18
Annex C1 Registration document for C1.....	19
Annex C2 Registration document for C2.....	20
Annex C3 Registration document for C3.....	21
Annex D Field researcher questionnaire.....	22
Annex E Participating pharmacy professionals' questionnaire.....	25
Study glossary.....	27

Dear Colleague,

The present document is a research manual to guide you in conducting a pilot study related to the application of performance indicators associated to aspects of pharmacist-patient and pharmacist-doctor communication.

The quality of pharmacy services and pharmaceutical care depend extensively on how pharmacy professionals interact with the patients they serve, as well as with prescribers. In this sense, this study wants to evaluate the feasibility of some quality indicators that reflect professionals' action based on interpersonal communication.

We really hope that you can cooperate with us and provide us with your valuable feedback. In the next pages, you will find different sections related to how you should conduct this study. Please, read them carefully and let us know any doubts or concerns before taking this protocol into fieldwork.

Any questions regarding the content of this study manual, please do not hesitate to get in touch with us through email (acavaco@ff.ul.pt), phone (+351 217 946 456), or fax (+351 217 946 470).

All data/information provided in the course of this study will remain strictly confidential. No communication or publication will be made without the prior approval of all participating individuals/organizations/countries.

We thank you very much in advance for your kind participation. Without your enthusiastic participation, this project will not reach its aims.

Best regards

Afonso Cavaco and Paula Ferreira

APPLICABILITY STUDY OF COMMUNICATION INDICATORS IN PHARMACEUTICAL CARE

Study Context

The role of the pharmacist in society, and particularly in health care, has undergone a curious evolution. The early days pharmacists and their devotion to medication preparation was overcome by pharmaceutical industry in the beginning of the XX century. Subsequently, these professionals had to deal with medicines distribution to the patient. In the mid-60s, a new facet of the profession began to draw, the care provider pharmacist.

The use of drugs began to be associated not only with beneficial therapeutic effects but also with serious side effects and relevant interactions. This way, the intervention of a professional specialized in drug related problems, capable of ensuring a safe and effective use of the therapy, emerged as an essential role in health care.

In 1990, Hepler and Strand presented a new concept - pharmaceutical care. Although not completely consensual or adopted today, this concept has been one of the best guidance tools for advanced care practice.

According to these authors, pharmaceutical care is the responsible provision of pharmacotherapy for achieving definite outcomes that improve or maintain a patient's quality of life.

It is a collaborative process that aims to prevent or identify and solve medicines health related problems. As a form of patient-centred care, this comprises an active role from both provider and patient.

The patient's participation in therapeutic decisions implies an efficient communication and information exchange between patient and provider. Pharmaceutical care also involves continuity in care, being essential the active cooperation between different health professional who interact with the patient. (1)

Healthcare systems should take into account the advantages of pharmaceutical care as a working method, which supports safety and quality of medicines use. To facilitated dissemination and implementation of this advanced care practice, ways of assessment and monitoring are needed. The quality assessment is a pre-requisite of good healthcare practices, patient centered healthcare planning and management.

One possible way to achieve previous objectives is for example the use of specific performance indicators. Assessment tools, such as validated indicators, are widely missing (2). The indicators should measure the quality of this activity but also allow for disclosure, valuation, growth and awareness of decision makers as a key to an effective, robust and fair health care system.

Pharmacists' communication skills have assumed a pivotal role in the professional practice. For instance, The American Pharmaceutical Association, between the 1920s and the 1960s, advised professionals to avoid making comments or share information with patients about their therapy. Today we have an opposite situation. Effective communication between the pharmacist and the patient is essential to achieve the WHO care objectives, i.e. preservation of the physical and mental well-being through prevention, treatment and disease management.

Mastering communication skills is a pre-requisite for pharmacists to extract, evaluate, interpret, confirm, clarify and summarize information from and to the patient. To be completely successful, it needs patient involvement, establishing a relationship and a certain degree of support. Communication makes possible knowledge sharing and to create awareness about symptoms, diseases, lifestyles, treatments and others issues. This is an important requirement to assure adherence to treatment plan, contributing to reduce problems related to therapy and to increase rational use of medicines.

Effective patient information has been defined as "information which improves patients' knowledge and understanding of treatment, self management of illness and improves health outcomes." (3) Providing unbiased and effective medicines information to patients and carers must be a priority for pharmacists. People who use medicines need oral and or written medicines information. As medication experts, pharmacists are a key information resource for the patient and other health care providers. (4)

The development of pharmaceutical care quality indicators, comprising communication and information measures, should provide a central contribution when it comes to promote excellence in pharmacy practice and pharmaceutical care. The construction and application of these indicators should take into consideration the different realities of pharmacy services in different countries of Europe, which justifies a pilot study of their applicability and feasibility.

References:

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47: 533-43.
2. Project protocol: Development of indicators for the assessment of pharmaceutical care in Europe. Council of Europe EDQM 2009
3. Raynor et al; *Health Technology Assessment* 2007; 11 Number 5. Effective patient information defined as: "Information which improves patients' knowledge and understanding of treatment, self management of illness and improves health outcomes."
4. FIP statement of policy – Medicines information for patients. September 2008 Basel.

APPLICABILITY STUDY OF COMMUNICATION INDICATORS IN PHARMACEUTICAL CARE

Study Protocol

FOREWORD: the procedures to implement the fieldwork are described in section 2. **Materials and Methods** (page 10).

1. Introduction

The Council of Europe has demonstrated a strong concern in the development of a better medication safety culture in Europe through the building up of safe medication practices.

In order to achieve this goal the European Directorate for the Quality of Medicines and Healthcare (EDQM) has decided to develop quality indicators for the assessment of pharmaceutical care in Europe.

Using quality indicators, EDQM aims at a higher awareness and practical guidance for health professionals to improve the quality of pharmaceutical care in Europe.

Furthermore, indicators provide data for policy-makers, helping them to make decisions about policies, harmonized conditions and practices involving pharmaceuticals.

The development of indicators is especially important since there are very few validated indicators for the quality of pharmaceutical care available.

This is a challenging task since there are many differences in the various health systems in Europe, but if indicators are to be used for international comparisons, their applicability in all European countries is necessary.

Concerning this particular study, we are focusing our attention in communication related indicators: communication with patients and caregivers, as well as interdisciplinary communication and cooperation.

According to Donabedian proposal, the indicators to be piloted in this study are process type indicators. They will measure the interaction between pharmacists and patients, as well as other health care practitioners e.g. general practitioners.

This protocol describes a pilot study to be conducted in community pharmacies, assessing the feasibility of the following indicators:

C1: Initial counseling indicator.

C2: Personalized written information indicator.

C3: Pharm-prescriber communication indicator

1.2. Definitions

The 3 proposed indicators are defined as follows.

C1: Initial counseling is defined as the oral advice given by the pharmacy professional (pharmacist or technician) to the patient that receives a new prescribed medication. The communication episode **is based** on a **new** prescription dispensed i.e. a prescription for drugs never taken before by that patient.

C2: Personalized written information is defined as the on paper information (handwritten, printed) produced and given by the pharmacy professional to the patient that have asked specifically for that information. The communication episode **is not based** on a prescription, but on a request for medication information made by the patient. It does not correspond to package inserts or other standardized patient leaflets.

C3: Pharm-prescriber communication is defined as any contact made by the pharmacy professional to the prescriber in relation to identified drug related problems (DRPs) which needs pharmacy professional-prescriber communication to be solved. Contacts made in the opposite direction i.e from prescribers to the pharmacies are not to be considered. It corresponds to a retrospective event analysis.

NOTE: this last indicator may be evaluated prospectively if the pharmacy does not have a communications registration system.

Please consult the glossary at the end of this document (page 26) for further study definitions.

Table 1. Indicators characterization table

Name	C1: Initial counseling (IC)	C2: Personalized written information (PWI)	C3: Pharm-prescriber communication (PPC)
Meaning	The extent to which all patients dispensed a new prescribed medication receive advice	The extent to which all patients who have requested medication information receive written personalized information	The extent to which all identified DRPs ¹ are communicated from the pharmacy professional to the prescriber
What	Number of patients with a new medication who received advice in relation to all patients with new medication	Patients who received any personalized written info in relation to all patients that requested medication info	Any contacts made with the prescriber about DRPs in relation to all DRPs detected that needed to be communicated to be solved
Who	Pharmacy professionals dispensing prescribed medication	Pharmacy professionals in contact with the public	Pharmacists involved in DRPs management
How	Overt observation of each pharmacy professional dispensing episode	Overt observation of each patient information solicitation episode	Retrospective (or prospectively) analysis of DRPs communication events
Sample and Timeframe²	All patients who received a new medication during a half weekday, 4 times during 1 month, per year	All patients solicited counseling during a half weekday, 4 times during 1 month, per year	All recorded interventions, during 1 month (or 15 days if prospectively), per year
Utility	Evaluate and improve the quality of pharmaceutical care through the measurement of communication episodes among pharmacy professionals and patients, thus contributing to a safer and effective use of a new medication.	Evaluate and improve the quality of pharmaceutical care through the measurement of information provision minimally tailored to patients, thus contributing to a safer and effective use of all medication.	Evaluate and improve the quality of pharmaceutical care through continuity of health care services, from pharmacists to prescribers, thus seeking solutions for patients' drug related problems.

1. DRPs - Drug Related Problems

2. Note that this timeframe is for indicators future use in practice, not for this pilot study proposes

1.3. Study objectives

This study general aim is to develop 3 communication indicators and to test their applicability and utility. Within this main aim, the following objectives are proposed:

1. To test an affordable and easy to use option (overt observation) to identifying and quantifying: new medication prescriptions, requests for counseling by the patients, and drug related problems that imply reporting to prescribers.
2. To develop robust and feasible metrics (indicators), which describe the communication associated to: new prescriptions dispensed (C1), requests for counseling by patients (C2) and drug related problems that imply reporting to prescribers (C3).
3. To study differences in pharmacy communication between the collaborator countries.
4. To be able to propose these metrics/indicators as true measures of the pharmacy communication events (validity), testing their stability across different practice settings (reliability).

This study also aims to achieve specific objectives, such as:

- To check for clarity and unanimity of opinion in relation to concepts such as initial patient counseling, personalized written information, and reports to physicians.
- To evaluate the adequacy of observations time-windows, registration forms, and indicators frequency for the specific communication events.
- To evaluate a questionnaire for the participant pharmacy (data collection point).

2. Materials and Methods

2.1. Study implementation

This pilot study comprises 2 small studies.

Study 1 is a request to the collaborator country in relation to this study manual: how easy it is to read and understand, how easy to use are the attached field materials, etc. This will be conducted informally over email (acavaco@ff.ul.pt). We will be looking forward to receive your feedback and comments on all aspects of the study. Thank you in advance!

We also kindly ask if the country coordinator could fill out and return the **Annex A** (General portrait of pharmaceutical care in your country).

Study 2 is the main study. It will use the following formularies:

- **Annex B** for all responsible pharmacists/managers at study site (Invitation letter and brief study protocol).
- **Annex C0, C1, Annex C2, Annex C3** and **Annex D** for the fieldwork observer (Professional-patient episodes registration, Indicators forms and Field researcher questionnaire).
- **Annex E** for all pharmacy professionals participating in the study i.e. those where observations by the fieldwork researcher occurred (Participating pharmacy professionals' questionnaire).

2.2. Study 2 procedures and requirements – MAIN STUDY INSTRUCTIONS

There is a set of instructions for the country coordinator (CC) and for the fieldwork researcher (FR) on how to conduct the present study.

2.2.1. Instructions for the CC (country coordinator)

To prepare and conduct this study the country coordinator should follow the next steps. The initial 3 are common for all 3 indicators, while from step 4 they are divided in C1 + C2 and C3.

1. Fieldworker selection.
 - a. Each country coordinator has to identify one fieldwork researcher, preferably a motivated post-grad student who has an adequate English proficiency.
 - b. Training of the selected field researcher.
2. Pharmacies selection.
 - a. 1 to 5 community pharmacies, urban and/or rural, are selected and invited to participate in the study, preferably pharmacies of a medium size. Please, identify each of them with their own study reference number.
3. Participants
 - a. Responsible pharmacists/managers are contacted and working pharmacy professionals informed of the study and study objectives (indicators C1, C2 and C3).
 - b. At least 1 pharmacy professional serving all patients during pharmacy opening hours shall be selected for participation in the study (indicators C1 and C2).

2.2.1.1. In relation to Indicators C1 (IC) and C2 (PWI)

4. The field researcher should visit the selected pharmacy or pharmacies once, in one normal working day. The maximum observation period in each pharmacy should not exceed 4 hours.

5. In each visit, the field researcher should observe 1 to 3 professionals for a **30 min** period. This should be the maximum time for observation of those professional's work with patients.
6. The field researcher should use one Annex C0 for each professional registering all professional-patient interactions for a 30 min period. There is no need to register the content of the exchange between patients and pharmacy professionals.
7. If the same patient, in the same interaction episode has a new prescription and asks for counseling in relation to another health care situation, 2 different lines in C0 should be used within the same patient-professional interaction, and consequently one C1 and one C2 for the same patient.
8. After the 30 min period, the observer asks the professional to review his/her episodes with patients based on C0 formulary. To support this, actual prescriptions review or sales review (computer registers or others) should be possible, limiting memory bias. Based on C0, the field researcher should identify with the professional each registered episode, confirming which observations were new prescriptions or information requests for health condition and/or medicines not associated to a prescription dispensing. For each new prescription dispensing or information request episode, the observer should fill one Annex C1 or Annex C2 formularies, respectively, through a brief interview with the professional.
9. If after the 30 min period, there was no 1st prescription or no information request from patients, the observer should initiate another 30 min observation period with C0 formulary with that professional or professionals.
10. It is expected the field researcher not to miss more than 1/4 of all interactions for the 30 min, as well as the professional to recall with no memory bias at least 3/4 of all interactions in the 30 min period. These 25% or 75% values are only indicative.
11. The C1 and C2 formularies should not be made available to professionals beforehand or while being filled out by the observer during the interview with the professional. The field researcher should only show the full C1 and/or C2 formularies after its completion. This is to avoid bias due to artificial appropriateness in response.
12. If appropriate, another pharmacy professional or professionals should be followed by the observer for the next 30 min, until no professionals are left or until a period of 4 hours maximum.

2.2.1.2. In relation to Indicator C3 (PPC)

13. The country coordinator should program in one of the visits to the selected pharmacy or pharmacies to register retrospectively all data related to any communication established between the pharmacy and the prescriber, using the indicator registration formulary (Annex C3). One formulary should be filled out for each communication event with the prescriber. All DRPs identified should be registered by the field researcher, even if there was no reason to communicate with the prescriber (e.g. low medication compliance or treatment adherence).
14. The time period to be analyzed should comprised the 30 previous working days.
15. NOTE: If no records are made of the contacts between the pharmacy and prescribers, the field researcher should leave copies of the C3 indicator formulary in the pharmacy for a 15 days period, during which the responsible pharmacist should record each communication with the prescriber event.

2.2.2. Instructions for the FR (field researcher)

To carry out the study within the selected pharmacies, the fieldwork researcher should follow the next steps.

1. The field researcher should know beforehand the day or days, and time period, in which s/he is visiting the selected pharmacy or pharmacies for data collection.
2. The field researcher should take with him/her enough copies (based on pharmacy's average number of clients per half of day) of the indicators registration forms (Annexes C0, C1, C2 and C3), as

well as 1 copy of the Field researcher opinion questionnaire (Annex D) and 1 copy of the Pharmacy professionals' opinion questionnaire (Annex E).

2.2.2.1. In relation to Indicators C1 (IC) and C2 (PWI)

3. After being known to the responsible pharmacist/manager, the field researcher should identify the pharmacy professional or professionals who are participating in the study i.e. who will be observed. The amount of information in relation to the study to be given beforehand to these professionals should be minimum, avoiding influencing their normal behavior.
4. The data collection period i.e. the maximum time for observation of pharmacy professionals' work with patients should be 4 hours (both C1 and C2). After choosing 1, 2 or 3 professionals, all professional-patient interactions should be registered in C0 formulary, for a period of **30 min**. There is no need to register the content of the exchange between patients and pharmacy professionals. The observer should follow not more than 3 professionals simultaneously and not longer than 30 min.
5. The fieldwork researcher should place him/herself in a position within the public area that is not disturbing for the normal pharmacy professionals' work. S/he should be discrete while filling out the C0 form.
6. If the same patient, in the same interaction episode has a new prescription and asks for counseling in relation to another health care situation, 2 different lines in C0 should be used within the same patient-professional interaction, and consequently one C1 and one C2 for the same patient.
7. After the 30 min period, the observer asks the professional to review his/her episodes with patients based on C0 formulary. To support this, actual prescriptions review or sales review (computer registers or others) should be possible, limiting memory bias. Based on C0, the field researcher should identify with the professional each registered episode, confirming which observations were new prescriptions or information requests for health condition and/or medicines not associated to a prescription dispensing. For each new prescription dispensing or information request episode, the observer should fill one Annex C1 or Annex C2 formularies, respectively, through a brief interview with the professional.
8. If after the 30 min period, there was no 1st prescription or no information request from patients, the observer should initiate another 30 min observation period with C0 formulary with that professional or professionals.
9. The C1 and C2 formularies should not be made available to professionals beforehand or while being filled out by the observer during the interview with the professional. The field researcher should only show the full C1 and/or C2 formularies after its completion. This is to avoid bias due to artificial appropriateness in response.
10. If appropriate, another pharmacy professional or professionals should be followed by the observer for the next 30 min, until no professionals are left or until a period of 4 hours maximum.

2.2.2.2. In relation to Indicator C3 (PPC)

11. The field researcher should make a visit to the selected pharmacy or pharmacies to collect and analyze retrospectively all data related to any communication established between the pharmacy and the prescriber, using the indicator registration formulary (Annex C3) for each communication event. All DRPs identified should be registered even if there was no reason to communicate with the prescriber (e.g. low medication compliance or treatment adherence).
12. The time period to be analyzed should comprise the 30 previous working days.
13. NOTE: If no records are made of the contacts between the pharmacy and prescribers, the field researcher should leave copies of the C3 indicator formulary in the pharmacy for a 15 days period, during which the responsible pharmacist should record each communication with the prescriber event.

Table 2. Study 2 summary

Indicator requirements	C1(IC)	C2(PWI)	C3(PPC)
Pharmacies/ professionals selection	*1 to 5 community pharmacies (urban and/or rural) *3 periods of observation on 3 different days *monitoring of 1 to 3 pharmacy professionals	*1 to 5 community pharmacies (urban and/or rural) *3 periods of observation on 3 different days *monitoring of 1 to 3 pharmacy professionals	*1 to 5 community pharmacies (urban and/or rural)
Participants /sample	*pharmacy professionals serving all patients receiving a <u>new prescribed medication</u>	*pharmacy professionals serving all patients requesting for health condition and/or medication related information (with <u>no prescription dispensing</u>)	*all identified DRPs in the study period that required pharm-prescriber communication
Study period	*3 hours or until 30 new prescriptions, in 1 to 3 working days	*3 hours, in 1 to 3 working days	*communication registration system: previous 30 days *no registration system: 15 days
Procedure	*observer registers in the C1 formulary all counseling episodes occurring or not during a new prescribed medication dispensing event	*observer registers in the C2 formulary if after a request for medication information there is a production of patient individualized written information	*researcher analysis of communication records OR * researcher leaves C3 formularies in pharmacy for the following 15 days
Validation	*observer asks pharmacy professional confirmation of every 3 events	*observer asks pharmacy professional confirmation of every 3 events	*researcher asks for validation from the responsible pharmacist

3. Final Remarks

This is a work in progress document. Once again, we kindly ask you to give us your feedback and to let us by email (e: acavaco@ff.ul.pt, p: +35121794656) your thoughts and opinions before taking any step into the fieldwork.

We need to make sure that all concepts are clear and that no doubts exist, so a consistent study application among all participant countries is happening.

Thank you once more for your collaboration.

STUDY GLOSSARY v1

Term	Definition
------	------------

A . B . C . D . E . F . G . H . I . J . K . L . M . N . O . P . Q . R . S . T

Acceptance	Favourable reception, approval of therapy directions.
Adherence	A measure of how closely a person follows the intentions and recommendations of a prescribed course of treatment.
Advice	See counselling
Appropriateness of drug therapy	Adequacy of drug therapy, suitable or fitting for a particular patient or disease

A . B . C . D . E . F . G . H . I . J . K . L . M . N . O . P . Q . R . S . T

Contacts	Any form of written or oral communication with the prescriber/healthcare provider such as emails, phone calls, letters, visits.
Continuity of care	A continuous relationship between a patient and an identified health-care professional who is the sole source of care and information for the patient. However, as a patient's health care needs over time can rarely be met by a single professional, multi-professional pathways of continuity exist to achieve both quality of care and patient satisfaction.
Counselling	Structured oral advice i.e. communicates with the patient/care-giver offering counselling, assessing information needs, explaining/demonstrating, providing written information (when available).
Counselling activity	Set of actions to provide advice.
Counselling/education intervention	Any pharmacist-patient/care-giver face-to-face interaction solicited by the patient/care-giver and expected to rise patient/care-giver knowledge and/or to improve their health related behaviour.

A . B . C . D . E . F . G . H . I . J . K . L . M . N . O . P . Q . R . S . T

Dimension of excellence	Dimension of greatness or supremacy in pharmaceutical care.
Doctor communication	Exchange of information between pharmacist and prescriber related with DRPs and/or PhC activities.
Doctor communication Indicator	An instrument used to measure or to monitor the acts of communication that take place with the prescriber.
Drug/medication related problems (DRPs)	Problems of appropriateness, effectiveness and safety related to any drug the patient is taking, which are documented.
DRPs time interval	Time gap between the DRP identification and the report to the prescriber.

A . B . C . D . **E** . F . G . **H** . I . J . K . L . M . N . O . P . Q . R . S . T

Efficient use	Accomplished use of medication that happens when medication is performing in the best possible manner with the least adverse effects and efforts.
Handwrite directions	Personalized instructions or guidance Written by the hand of the pharmacist, related to doubts or problems about disease/health and medication/therapeutic devices.

A . B . C . D . E . F . G . **H** . I . J . K . L . M . N . O . P . Q . R . S . T

Indicator	Guideline, index, an instrument that allows measurement of an operation or some condition.
Information dissemination	Information spread by the pharmacist to the patient.
Initial counselling	Information provided to a patient who acquires a new therapy.
Initial counselling Indicator	An instrument or a guideline that allows measure the frequency of information delivery on a new prescribed medication.
Instructions to medication use	Guidance for an efficient and safe use of the medication. How, When, for how long, What precautions, effects, interactions...

A . B . C . D . E . F . G . **H** . I . J . K . L . **M** . **N** . O . P . Q . R . S . T

Minimum set of patient information	Indication, dosage, frequency, duration, precautions, expected side-effects
New medication	New Therapy that has never been taken by the patient and about which he has no information.
New prescribed drug therapy	Checked from patient clinical records and/or patient/care-giver interview.
No dispensing	When it figures more secure to the pharmacist not giving the medicine to the patient because of the high health risk it presents.
Normal working day	Normal schedule (opening hours), full team.
Normal working week	Normal schedule (opening hours), full team.

A . B . C . D . E . F . G . **H** . I . J . K . L . M . N . **O** . P . Q . R . S . T

Outcome of patient counselling	Results in terms of solving problems or doubts and increase the patient's knowledge regarding the disease and therapeutics, obtained through the counselling provided to patients by pharmaceutical.
Outcome of Pharmacist intervention	Results in the continuum of care through action specialist pharmacist, with regard to communication with prescriber about patient follow-up.
Overt-observation formulary	Questionnaire completed after observing an episode of communication with the pharmacist, where the observer is known to participants.

A . B . C . D . E . F . G . H . I . J . K . L . M . N . O . P . Q . R . S . T

Patient centred practice	Professional practice focused on the care and attention to the patient. Detection and resolution of patient health problems and related treatment and prevention of other future problems. Main concern in obtaining positive results in patient health and quality of life.
Patient information solicitation	Information provided to patients by their request.
Patient information leaflet	Bulletin given to the patient with specific information related to patient health problem.
Personalized written information	Structured printed information related to health/disease, medication and/or therapeutic devices provided in any tangible support, ranging from labelled instructions to customized information leaflets.
Personalized written information Indicator	Guidelines to assess the extent of provision of written and personalized information requested by the patient.
Pharmaceutical care	Responsible dispensing drug therapy with the aim of achieving definitive outcomes in the improvement of patient quality of life. Professional practice patient-centred where the interaction between health professionals plays an important role. Detection, resolution and prevention of DRPs.
Pharmaceutical care activities	Actions carried out by the pharmacist in the community pharmacy with the aim of monitoring of the patient through medication review, measurement of parameters, personalized counselling and others.
Pharmaceutical care Indicators	Guidelines for the measuring of the quality and quantity of the various services focused on patient follow-up provided by the pharmacist.
Pharmacist counselling episode	Time during which the pharmacist provides advice to the patient related to his disease/therapeutic.
Pharmacist involved in DRPs management	Pharmacists working in community pharmacy whose functions are the monitoring of patients to identify, resolve and prevent DRPs
Prescribed medication	Medication acquired at the pharmacy face the submission of doctor's prescription.
Prescription changes	Changes on the initial prescription like, drug, dose, regime, route of administration, carried out by the doctor as a result of the pharmacist suggestion because of the DRPs encountered during his pharmaceutical care activity.
Private customer service rooms	Private place for a more attentive and personalized patient care
Process of patient information	Set of measures or actions taken by the pharmacist to ensure a complete and accurate patient information about their disease/therapeutic.
Public customer service	Area of service to the public in general.

A . B . C . D . E . F . G . H . I . J . K . L . M . N . O . P . Q . R . S . T

Qualitative/soft type	Indicator usually based on a dichotomous check list (yes/no) of the observable event
Quantitative/hard type	Indicator based on the actual measurement/quantification of the extension to which the event occurs

Safe use	Use of therapeutics according to the recommendations regarding the dosage, frequency and period of use, contraindications and precautions to ensure the effectiveness of the medication and to minimize the appearance of side effects.
Self-reported formulary	Questionnaire completed by the pharmacist who lived the communication episode.
Source of reliable and accurate information	The pharmacist should assume the role of responsible, unequivocal and irrefutable information source.

A . B . C . D . E . F . G . H . I . J . K . L . M . N . O . P . Q . R . S . T

Therapeutic advice	Recommendations or instructions given by the pharmacist with regard to therapeutic patient with the aim of achieving a safe and effective use of it.
Therapeutic devices	Instructions on the safe and proper use of medical devices such as inhalers.
Therapy directions	Instructions on therapeutics such as dosage, period of use, contraindications, precautions, and others.
Typed labelled directions	Classified instructions not handwritten provided by the pharmacist to the patient.

A2. Carta Convite às farmácias comunitárias para participação no estudo (*Invitation letter*)

Pharmacy invitation letter

Invitation to participate in the EDQM Pharmaceutical Care Indicators pilot study

Subject: Applicability study of Communication Indicators in Pharmaceutical Care in Europe

Dear Madame/Sir, Dear Colleague

We are a working group from the Faculty of Pharmacy University of Lisbon (Portugal) working in collaboration with the Council of Europe. We are responsible for one study in the project “Development of Indicators for the assessment of Pharmaceutical Care in Europe”, under the responsibility of European Directorate for the Quality of Medicines and Healthcare (EDQM). Our aim is to conduct a pilot research regarding the above subject.

In our particular case, we are interested in testing 3 indicators developed with the aim of measuring pharmacy professional communication with patients and other health professionals. The indicators are as follows:

C1: Initial counseling indicator.

C2: Personalized written information indicator.

C3: Pharm-prescriber communication indicator.

With this purpose, we kindly invite your Pharmacy to participate in this study, following the next directions:

- Receive a field researcher during a 2 weeks' time period, ending before **25th November 2010**.
- Provide data to enable the researcher to make the pharmacy characterization.
- Allow the researcher to observe/monitor the activity of 1 to 3 pharmacy professionals.
- Allow the researcher, through a questionnaire, to collect data about the communication events.

ALL PRACTICAL DETAILS CAN BE ANSWERED BY THE COUNTRY COORDINATOR, WHOSE CONTACT IS AT THE BOTTOM OF THIS PAGE.

We would like to emphasize the importance of your participation for the feasibility of this study, as well as for the improvement of the pharmaceutical practice.

We also aim, as higher goal, to increase awareness of policy-makers regarding the role of European pharmacists in the field of healthcare and advanced care services.

If you have any questions or need further information, please feel free to contact us: acavaco@ff.ul.pt or +35121794656.

Yours Sincerely,

Study Organizers: Afonso Cavaco and Paula Sousa Ferreira

Country Coordinator: [YOUR NAME & mail]

A3. General portrait of Pharmaceutical Care

General portrait of Pharmaceutical Care in

(Country name)

1. Total number of pharmacies: _____

2. Number of inhabitants per pharmacy: _____

3. Number of pharmacists per pharmacy (on average): _____

4. Number of technicians per pharmacy (on average): _____

5. Pharmacy most commonly work schedule/opening hours: _____

6. Pharmaceutical services implemented:

☐ Home drug delivery

☐ Home support

☐ Therapy administration

☐ First aid administration

☐ Health education programs

☐ Pharmaceutical care programs (disease specific)

☐ Medication review

☐ Others _____

7. What is the current and future role of the community pharmacist in healthcare and society?

8. Additional comments: _____

A4. Field researcher questionnaire

Field researcher questionnaire

The purposes of this questionnaire are:

- Obtain a comprehensive characterization of the pharmacy, supporting study objectives.
- Probe the difficulties encountered during the pilot study on the applicability of the indicator in order to improve it.

1. Pharmacy characterization:

Pharmacy ID: _____

Opening hours: : _____

1.1 Background information:

Regard to its location: ☐ urban ☐ suburban
 ☐ rural ☐ other: _____

Public attendance area: _____ m²

Average number of clients per day: _____

Number of pharmacists: _____

Number of other trained staff (e.g. technicians): _____

Number of other staff (i.e. in contact with the public): _____

1.2. Equipment and services

Software equipment present in the pharmacy:

- ☐ dispensing software
- ☐ therapeutic management (interactions, contraindications warnings)
- ☐ individual health record
- ☐ monitored parameters record
- ☐ software that allows the production of written and personalized advices

Information sources available in the pharmacy (including electronic sources):

- ☐ drug characteristics summary
- ☐ scientific journals
- ☐ library (e.g. text books)
- ☐ web sites
- ☐ drug information centers (e.g. phone, e-mail, fax, post, etc.)

1.3. Communication means available in the pharmacy

- ☐ phone
- ☐ fax machine
- ☐ internet

1.4. Is there a private area for consultation?

☐ yes ☐ no

1.5. Services implemented in the pharmacy (i.e. being in use)

- monitoring parameters (e.g. capillary blood glucose, bone density,)
- diseases screening (e.g. diabetes, hypertension, asthma)
- patient pharmacotherapeutic follow-up (e.g. medication review for chronic conditions)
- health education programs (e.g. tobacco cessation)
- others:

1.6. Team continuous education and training

Location: ☐ inside the pharmacy ☐ outside the pharmacy

Frequency: ☐ once a year ☐ twice a year ☐ other frequency: _____

1.7. Communication skills training: ☒ yes ☐ no

1.8. Communication with other health professionals: ☐ yes ☐ no

If yes, with who?

- ☐ physician How often?
- ☐ common (once or more per month, on average)
- ☐ occasionally (once every 3 months, on average)
- ☐ rarely (once every semester or less, on average)
- ☐ nurse How often?
- ☐ common
- ☐ occasionally
- ☐ rarely
- ☐ other _____
- ☐ common
- ☐ occasionally
- ☐ rarely

1.9. Barriers/Limitations felt/detected and Suggestions

	C1 (IC)	C2 (PWI)	C3 (PPC)
Barriers and Limitations e.g. study understanding, pharmacy professionals' cooperation, problems in using the formularies, etc.	B/L:	B/L:	B/L:
Suggestions	S:	S:	S:
Other comments			

A5. Participating pharmacists' questionnaire

Participating pharmacy professionals' questionnaire

First, we would like to thank you for your participation in this research project. We appreciate very much your cooperation without which we would not be able to take this study forward and make progress in European community pharmaceutical care. Please, take a few minutes to give us some important information.

Background information.

Your age: _____ Your sex: Male ☐ Female ☐ Number of years of practice: _____
Professional category: _____ (if applicable)
Number of new prescriptions dispensed during the observation period: _____

Pharmacy ID: _____ (study reference number)

We would like to receive some feedback from you in relation to Barriers/Limitations you have felt/detected as a participant and Suggestions to improve this study.

	C1 (IC)	C2 (PWI)	C3 (PPC)
Barriers and Limitations	B/L:	B/L:	B/L:
Suggestions	S:	S:	S:
Other comments			

Thank you very much!

A6. Initial counseling indicator (C1)

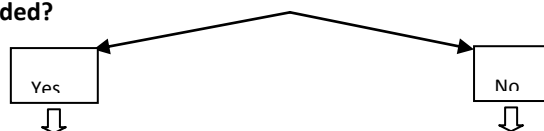
Registration document for C1

Initial counseling indicator (IC)

1 – How was made the identification of patients with new prescribed medicines?

- ☐ The patient mentioned spontaneously
- ☐ The pharmacy professional asked the patient
- ☐ The patient medication history is known
- ☐ There is a pharmacy patient medication record
- ☐ Other: _____

2 – Was the counseling provided?



- ☐ Information was requested by the patient
- ☐ Information was provided spontaneously

Reasons identified: _____

3 – How was the counseling provided?

The indicator ends here!

- ☐ Verbal
- ☐ Written
- ☐ Other: _____

4 – What type of information was provided?

- ☐ Dosage (e.g. 1000 mg per day)
- ☐ Frequency of use (e.g. 12 in 12 hours)
- ☐ Period of use (e.g. for a week)
- ☐ Precautions (e.g. avoid taking with milk)
- ☐ Side effects (e.g. headache may arise)
- ☐ Other: _____

5 – What was the general patient's reaction to the counseling provided?

- ☐ Considered useful and showed appreciation
- ☐ Have not considered the counseling provided
- ☐ Had already been given by the doctor
- ☐ Seemed to know what to do without needing pharmacy professional advice (e.g. use of patient info leaflets)
- ☐ Other: _____

6 – Type of pathology addressed by the prescription:

☐ Acute

☐ Chronic

7 – Additional notes: _____

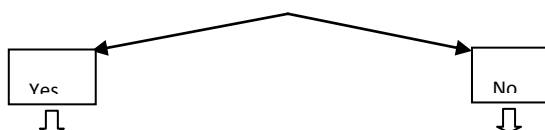
A7. Patient written information indicator (C2)

Registration document for C2

Patient written information indicator (PWI)

NOTE: SELECTED ONLY THOSE CASES WHERE THE PATIENT ASKS FOR HEALTH-RELATED AND/OR MEDICATION INFORMATION WITHOUT BEING DISPENSED A PRESCRIPTION. THANK YOU.

1 – Was personalized written information provided to the patient after the patient request?



2 – What was the form of the PWI provided?

- ☐ Handwritten on paper/box
- ☐ Typed in the label
- ☐ In the form of a personalized/individualized leaflet
- ☐ Other: _____

Reasons identified: _____

The indicator ends here!

3 – What type of personalized written information was provided?

- ☐ Dosage (e.g. 1000 mg per day)
- ☐ Frequency of use (e.g. 12 in 12 hours)
- ☐ Period of use (e.g. for a week)

- ☐ Precautions (ex: avoid taking with milk)
- ☐ Side effects (ex: headache may arise)
- ☐ Other: _____

4 – What was the general patient's reaction to the written information provided?

- ☐ Considered useful and showed appreciation
- ☐ Have not considered the written information provided
- ☐ Had already some written information (e.g. posology directions provided by the doctor)
- ☐ Other: _____

5 – Type of disease involving the information request:

☐ Acute ☐ Chronic

6 – Additional notes: _____

A8. Pharm-prescriber communication indicator (C3)

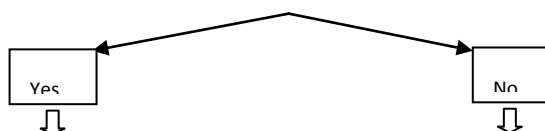
Registration document for C3

Pharm-prescriber communication indicator (PPC)

1 – What type of drug related problems (DRPs) were detected?

- ☐ Unsuitable storage
- ☐ Contraindication
- ☐ Inappropriate dose, dosage schedule and/or duration
- ☐ Wrong form or route of administration
- ☐ Duplicity
- ☐ Other prescription errors
- ☐ Dispensing errors
- ☐ Non-compliance
- ☐ Interactions
- ☐ Adverse effects
- ☐ Other: _____

2 - The drug related problem detected was reported to the doctor?



3 – What was the average of time between the problem detection and its report to the doctor?

- ☐ Few minutes
- ☐ Few hours
- ☐ Next day
- ☐ Next week
- ☐ Other: _____

Reasons identified: _____

The indicator ends here!

4 – What form(s) of communication was used?

- ☐ Face to face
- ☐ Phone
- ☐ Fax
- ☐ Mail
- ☐ Letter
- ☐ Other: _____

5 – Was there any feedback from the doctor for the DRPs signaled?

- ☐ Yes
 - ☐ Positive (e.g. thanking)
 - ☐ Negative (e.g. unfriendly reaction)
- ☐ No (e.g. silence)

6 – Additional notes: _____

A9. Professional-patient episodes registration (C0)

Professional-patient episodes registration

Registration document for C1 and C2

NOTE: THIS FORMULARY SHOULD BE FILLED WHILE OBSERVING ONE PROFESSIONAL DURING A PERIOD OF 30 MIN.

Professional's ID: _____ Pharmacy: _____ Date: _____

Time interval: ____ h- ____ m to ____ h- ____ m

SEQUENCE (30 MIN)

1. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			
2. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			
3. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			
4. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			
5. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			
6. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			
7. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			
8. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			
9. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			
10. Prescription dispensing <input type="checkbox"/>	1st prescription <input type="checkbox"/>	No prescription OTC <input type="checkbox"/>	Oral counseling <input type="checkbox"/>
	Refil <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>	Written info <input type="checkbox"/>
Notes: _____			

A10. Tabela de operacionalização de variáveis

Variável/Name	Notação/Label	Tipo/Type	Domínio/Values
Country	Collaborator country	Numeric	1 = "Albania"; 2 = "Denmark"; 3 = "Georgia"; 4 = "Macedonia"; 5 = "Moldova"; 6 = "Netherlands"; 7 = "Poland"; 8 = "Portugal"; 9 = "Spain"; 10 = "Switzerland"; 11 = "Latvia"; 12 = "Croatia"
Country_part	Participation	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
Study_phase	Study phase	Numeric	1 = "First phase"; 2 = "Second phase"; 3 = "Both phases"
Annexe_A	General portrait	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
A_1	Country total number of pharmacies	Numeric	None
A_2	Number of country inhabitants per pharmacy	Numeric	None
A_3	Number of pharmacist per pharmacy	Numeric	None
A_4	Number technicians per pharmacy	Numeric	None
A_5	Pharmacy opening hours	Numeric	1 = "08:00-20:00"; 2 = "08:00-21:00"; 3 = "10:00-20:00"; 4 = "09:00-19:00"; 5 = "40h/semana"
A_6_a	Pharm Serv home delivery	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
A_6_b	Pharm Serv home support	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
A_6_c	Pharm Serv therapy administration	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
A_6_d	Pharm Serv 1st aid administration	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
A_6_e	Pharm Serv health edu programs	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
A_6_f	Pharm Serv pharm care programs	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
A_6_g	Pharm Serv medication review	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
A_6_h	Pharm Serv others	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
Pharm_ID	Pharm identification	Numeric	1 = "Pharm A"; 2 = "Pharm B"; 3 = "Pharm C"; 4 = "Pharm D"; 5 = "Pharm E"; 6 = "Pharm F"; 7 = "Pharm G";
Annexe_D	Field researcher questionnaire	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_1	Pharmacy ID	Numeric	None
D_2_a	Background information location	Numeric	1 = "Urban"; 2 = "Suburban"; 3 = "Rural"; 4 = "Other"

Variável/Name	Notação/Label	Tipo/Type	Domínio/Values
D_2_b	Background information public attendance area	Numeric	None
D_2_c	Background information average number of clients per day	Numeric	None
D_2_d	Background information number of pharmacists	Numeric	None
D_2_e	Background information number of other staff	Numeric	None
D_3_a	Equipment and services dispensing software	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_3_b	Equipment and services therapeutic management	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_3_c	Equipment and services individual health record	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_3_d	Equipment and services monitored parameters record	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_3_e	Equipment and services software for PWI	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_3_f	Equipment and services drug characteristics summary	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_3_g	Equipment and services scientific journals	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_3_h	Equipment and services library	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_3_i	Equipment and services web sites	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_3_j	Equipment and services drug information centers	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_4_a	Communication means phone	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_4_b	Communication means fax	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_4_c	Communication means internet	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_5	Private area for consultation	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_6_a	Services in the pharmacy monitoring parameters	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_6_b	Services in the pharmacy diseases screening	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_6_c	Services in the pharmacy patient pharmaceutical	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"

Variável/Name	Notação/Label	Tipo/Type	Domínio/Values
	cotherapeutic follow-up		
D_6_d	Services in the pharmacy health education programs	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_6_e	Services in the pharmacy others	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_7_a	Team education and training inside the pharmacy	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_7_b	Team education and training outside the pharmacy	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_7_c	Team education and training once a year	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_7_d	Team education and training twice a year	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_7_e	Team education and training other frequency	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_8	Communication skills training	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_9	Communication with other health professionals	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_9_Yes_a	Communication with other health professionals physician	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_9_physician	How often	Numeric	1 = "Common"; 2 = "Occasionally"; 3 = "Rarely"
D_9_Yes_b	Communication with other health professionals nurse	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_9_nurse	How often	Numeric	1 = "Common"; 2 = "Occasionally"; 3 = "Rarely"
D_9_Yes_c	Communication with other health professionals other	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_9_other	How often	Numeric	1 = "Common"; 2 = "Occasionally"; 3 = "Rarely"
D_10_a	Barriers/limitations	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_10_b	Suggestions	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
D_10_c	Other comments	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
Annexe_C3	Pharm-prescriber communication indicator	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C3_1_a	Type of DRPs detected necessity type	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C3_1_b	Type of DRPs detected effectiveness type	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"

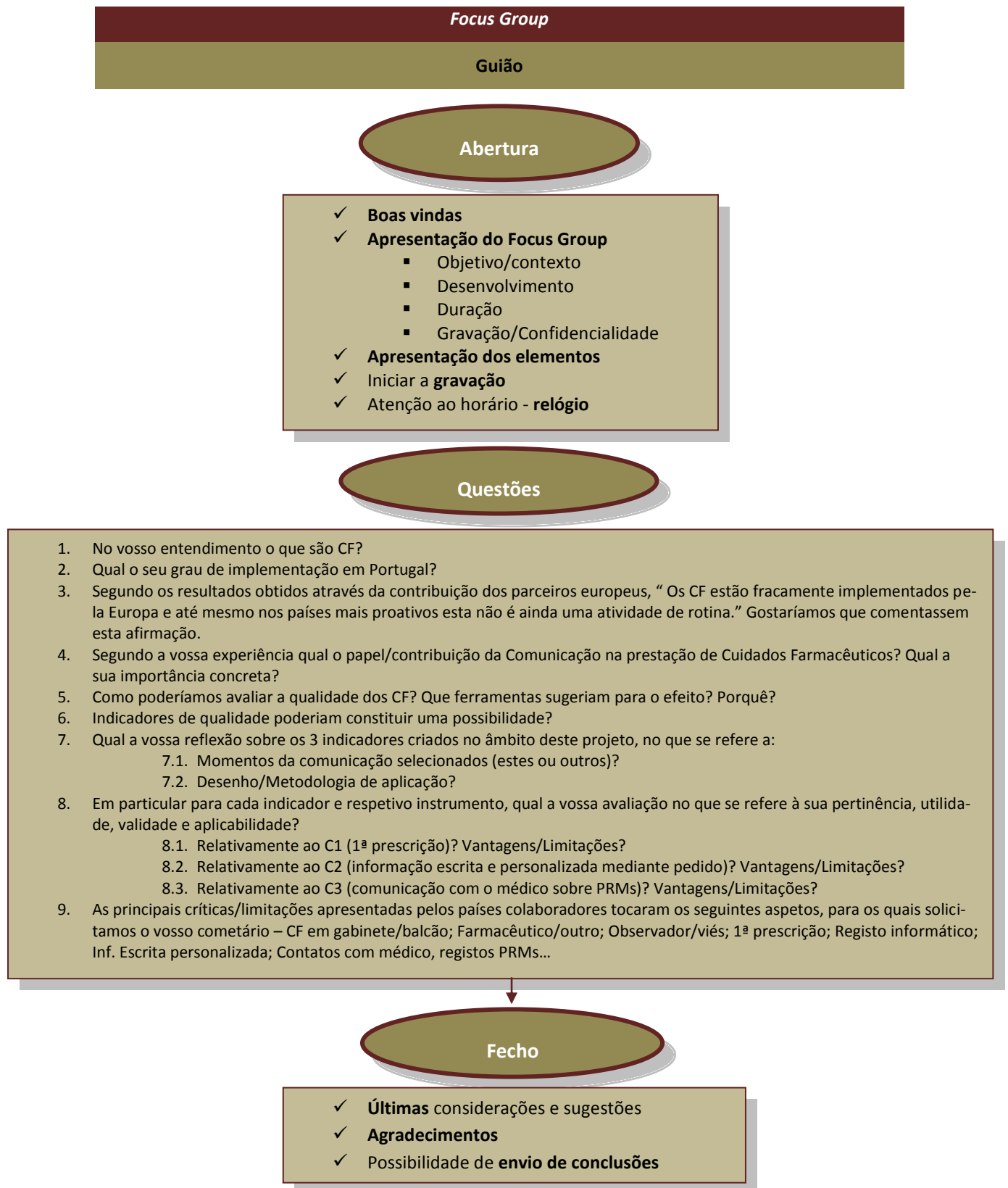
Variável/Name	Notação/Label	Tipo/Type	Domínio/Values
C3_1_c	Type of DRPs detected safety type	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C3_1_d	Other type of DRPs	Numeric	1 = "Unsuitable storage"; 2 = "Inappropriate dose, dosage schedule and/or duration"; 3 = "Wrong form or route of administration"; 4 = "Duplicity"; 5 = "Dispensing errors"; 6 = "Interactions"; 7 = "Discontinued medicine"; 8 = "Contraindication"; 9 = "Other prescription errors"; 10 = "Non-compliance"; 11 = "Adverse effects"; 12 = "Out of stock medicine"; 13 = "Other"
C3_2	DRP was reported to the doctor	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C3_2_No	Reasons identified	Numeric	0 = "Without justification"; 1 = "With justification"
C3_3	Average time between detection and report	Numeric	1 = "Few minutes"; 2 = "Few hours"; 3 = "Next day"; 4 = "Next week"; 5 = "Other"
C3_4	Form of communication used	Numeric	1 = "Face to face"; 2 = "Phone"; 3 = "Fax"; 4 = "Email"; 5 = "Letter"; 6 = "Other"
C3_5	Feedback from the doctor	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C3_6	Additional notes	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
Annexe_E	Participating pharmacy professionals questionnaire	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
E_1	Pharmacy professional age	Numeric	None
E_2	Pharmacy professional gender	Numeric	1 = "Male"; 2 = "Female"
E_3	Pharmacy professional years of practice	Numeric	None
E_4	Pharmacy professional category	Numeric	1 = "Pharmacist technical director"; 2 = "Pharmacist"; 3 = "Technician"; 4 = "Other"
E_5	Number of new prescriptions	Numeric	None
E_6	Pharmacy ID	Numeric	None
E_7_a	Barriers/limitations	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
E_7_b	Suggestions	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
E_7_c	Other comments	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
E_8	Final comments	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
Annexe_C0	Prof-patient episodes registration	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C0_Prof_ID	Prof identification	Numeric	1 = "Pharmacist 1"; 2 = "Pharmacist 2"; 3 = "Pharmacist 3"; 4 = "Pharmacist 4"; 5 = "Technician 1"; 6 = "Technician 2"; 7 = "Technician 3"; 8 = "Technician 4"

Variável/Name	Notação/Label	Tipo/Type	Domínio/Values
C0_Date	Observation date	Numeric	None
C0_Time	Observation time interval	Numeric	None
C0_1.1	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.1	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.2	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.2	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.3	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.3	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.4	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.4	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.5	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.5	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.6	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.6	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.7	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.7	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.8	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.8	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.9	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.9	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.10	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.10	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.11	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"

Variável/Name	Notação/Label	Tipo/Type	Domínio/Values
C0_2.11	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.12	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.12	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
C0_1.13	Communication event type	Numeric	1 = "First prescription"; 2 = "Refill"; 3 = "OTC"; 4 = "Other"
C0_2.13	Counseling form	Numeric	1 = "Oral counseling"; 2 = "Written information"; 3 = "Both"; 4 = "None"
Annexe_C1	Initial counseling indicator	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_1	Patient identification	Numeric	1 = "Spontaneously"; 2 = "Prof. questioning"; 3 = "Known medication"; 4 = "Patient med record"; 5 = "Other"
C1_1_other	Patient id other	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_2	Counseling provided?	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_2_Yes	Counseling provided	Numeric	1 = "Patient request"; 2 = "Provided spontaneously"; 3 = "Both"
C1_2_No	Counseling not provided	Numeric	0 = "Without justification"; 1 = "With justification"
C1_3_a	Counseling Provided verbal	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_3_b	Counseling Provided written	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_3_c	Counseling Provided other	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_4_a	Type of Information dosage	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_4_b	Type of Information frequency	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_4_c	Type of Information period	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_4_d	Type of Information precautions	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_4_e	Type of Information side-effects	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_4_f	Type of Information other	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C1_5	Patient reaction to counseling	Numeric	1 = "Useful & appreciation"; 2 = "Disregarded counseling"; 3 = "Doctor counseled"; 4 = "No need of prof advice"; 5 = "Other"
C1_6	Type of condition	Numeric	1 = "Acute"; 2 = "Chronic"; 3 = "Both"
C1_7	Notes	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
Annexe_C2	Patient written information indicator	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_1	PWI provided to the patient	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"

Variável/Name	Notação/Label	Tipo/Type	Domínio/Values
C2_1_No	Reasons identified	Numeric	0 = "Without justification"; 1 = "With justification"
C2_2_a	Form of the PWI handwritten on paper//box	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_2_b	Form of the PWI typed in the label	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_2_c	Form of the PWI personalized/individualized leaflet	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_2_d	Form of the PWI other	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_3_a	Type of Information dosage	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_3_b	Type of Information frequency	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_3_c	Type of Information period	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_3_d	Type of Information precautions	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_3_e	Type of Information side-effects	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_3_f	Type of Information other	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"
C2_4	Patient reaction to counseling	Numeric	1 = "Useful & appreciation"; 2 = "Disregarded counseling"; 3 = "Doctor counseled"; 4 = "No need of prof advice"; 5 = "Other"
C2_5	Type of condition	Numeric	1 = "Acute"; 2 = "Chronic"; 3 = "Both"
C2_6	Notes	Numeric	0 = "No"; 1 = "Yes"

A11. Guião para a realização do *focus group*



1. Abertura

Boas vindas

- Bom dia/Boa tarde. É com enorme satisfação que vos recebemos nesta casa (FFUL) e é sem dúvida um privilégio, pudermos contar com a vossa presença nesta sessão de *focus group*. Queremos naturalmente agradecer a vossa disponibilidade para, em detrimento dos vossos inúmeros compromissos profissionais, comparecerem nesta breve reunião de discussão de grupo, que constitui parte fundamental dos trabalhos de tese de mestrado da aluna Paula Ferreira. Desejamos que esta reunião se revele para todos uma experiência enriquecedora.

Apresentação do *Focus Group*

- O objetivo da reunião é, com base nos materiais que foram previamente disponibilizados, recolher o vosso parecer sobre os CF, a comunicação neste âmbito, a avaliação da sua qualidade e finalmente, a aplicabilidade de indicadores criados para o efeito.
- A dinâmica da reunião será baseada em questões lançadas para discussão pelo moderador, para as quais gostaríamos de obter a opinião de todos os participantes. Pretendemos a geração de uma conversa fluida e descontraída sem qualquer tipo de limitações.
- A duração prevista é de 1 hora e meia.
- Para efeitos de tratamento mais aprofundado da informação, e não havendo impedimentos para o fato, procederemos à gravação da sessão (consentimento informado).
- Não existindo nenhuma questão ou dúvida, propomos então dar início à sessão.

Apresentação dos elementos

- No intuito de facilitar a interação entre todos, cada participante está devidamente identificado e passamos então às respetivas apresentações.
- Nome participante/atividade profissional (listagem de apoio).
- Equipa de investigação.

Gravação + Relógio

2. Questões/comentários

Questões
10. No vosso entendimento o que são CF?
11. Qual o seu grau de implementação em Portugal?
12. Segundo os resultados obtidos através da contribuição dos parceiros europeus, “ Os CF estão fracamente implementados pela Europa e até mesmo nos países mais proativos esta não é ainda uma atividade de rotina.” Gostaríamos que comentassem esta afirmação.
13. Segundo a vossa experiência qual o papel/contribuição da Comunicação na prestação de Cuidados Farmacêuticos? Qual a sua importância concreta?
14. Como poderíamos avaliar a qualidade dos CF? Que ferramentas sugeriam para o efeito? Porquê?
15. Indicadores de qualidade, poderiam constituir uma possibilidade?
16. Qual a vossa reflexão sobre os 3 indicadores criados no âmbito deste projeto, no que se refere a: 16.1. Momentos da comunicação selecionados (estes ou outros)? 16.2. Desenho/Metodologia de aplicação
17. Em particular para cada indicador e respetivos instrumento, qual a vossa avaliação no que se refere à sua pertinência, utilidade, validade e aplicabilidade? 17.1. Relativamente ao C1 (1ª prescrição)? Vantagens/Limitações? 17.2. Relativamente ao C2 (informação escrita e personalizada mediante pedido)? Vantagens/Limitações? 17.3. Relativamente ao C3 (comunicação com o médico sobre PRMs)? Vantagens/Limitações?
18. As principais críticas/limitações apresentadas pelos países colaboradores tocaram os seguintes aspetos, para os quais solicitamos o vosso comentário – CF em gabinete/balcão; Farmacêutico/outro; Observador/viés; 1ª prescrição; Registo informático; Inf. Escrita personalizada; Contatos com médico, registos PRMs...

Últimas

- Estamos na fase final e em jeito de encerramento gostaríamos que partilhassem connosco as vossas últimas considerações e eventualmente sugestões.
- Mais uma vez gostaríamos de agradecer o valioso contributo da vossa colaboração nesta discussão, imprimindo-lhe um enorme dinamismo e interesse.
- Estaremos naturalmente disponíveis para, em caso de interesse, disponibilizar os resultados finais do estudo.